

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

**Bundesweite Angebote zur Adipositas therapie bei
Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in Österreich**
Eine Aktualisierung der Bestandsaufnahme der Betreuungsstrukturen

verfasst von / submitted by

Juliana Bhardwaj, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2019 / Vienna, 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 838

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Ernährungswissenschaften

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Jürgen König

:

Eidesstaatliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, die vorliegende Masterarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen verwendet und den verwendeten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommene Stellen als solche kenntlich gemacht zu haben.

Weiters habe ich mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.

Gender Erklärung

Aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit der Inhalte wurde in dieser Arbeit von der Verwendung einer geschlechtsspezifischen Schreibweise bzw. Bezeichnung größtenteils Abstand genommen. Soweit derartige Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich in gleicher Weise auf weibliche Personen.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die zum Gelingen meiner Masterarbeit beigetragen haben.

Mein besonderer Dank gilt dabei meinem Betreuer Univ.-Prof. Dr. Jürgen König für die Betreuung und Unterstützung meiner Arbeit.

Vielen Dank an Mag. Dr. Manuel Schätzer, der mir nach Abschluss meines Praktikums bei SIPCAN (Initiative für ein gesundes Leben) das Thema „Adipositas therapie in Österreich“ für meine Masterarbeit vorschlug, diese fortwährend unterstützte, mir immer mit Rat und Tat zur Seite stand und mich zuletzt mit der Aufgabe der Erstellung der Broschüren „Therapieangebote für übergewichtige und adipöse Erwachsene in Österreich“ und „Therapieangebote für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche in Österreich“ betraute.

Weiters möchte ich Dr. Maria Wakolbinger, MSc, die sich für mich um die Belangen rund um die Erstellung und Handhabung des Online-Fragebogens gekümmert hat, ganz herzlich danken.

Ebenfalls ein Dankeschön an Mag. Silvana Staudinger, die mir ihre Masterarbeit, die zum Vergleich von Entwicklungen auf dem Gebiet der Adipositas therapie in Österreich diente, bereitwillig zur Verfügung stellte und mir ihre jederzeitige Unterstützung anbot.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei meiner Familie bedanken, die mir mein Studium der Ernährungs-wissenschaften ermöglicht und mich während meiner Studienzeit immer unterstützt hat.

Ein besonderer Dank gilt natürlich auch allen an der Umfrage teilnehmenden Personen und Institutionen, die durch ihren Beitrag nicht nur meine Masterarbeit, sondern auch die Erstellung der erwähnten Broschüren ermöglicht haben.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1	Definition und Klassifikation von Übergewicht und Adipositas.....	3
2.1.1	Beurteilung des Körpergewichts und der Körperzusammensetzung.....	3
2.1.2	Ursachen von Übergewicht und Adipositas.....	7
2.1.3	Risiken, Komplikationen und medizinische Folgen der Adipositas.....	11
2.1.4	Welt- und österreichweite Prävalenzen und Trends.....	15
2.2	Therapie der Adipositas.....	17
2.2.1	Ernährungstherapeutische Ansätze.....	19
2.2.2	Bewegungstherapeutische Ansätze.....	21
2.2.3	Verhaltenstherapeutische Ansätze.....	23
2.2.4	Medikamentöse Behandlung der Adipositas.....	25
2.2.5	Chirurgische Maßnahmen.....	26
2.2.6	Alternative Heilansätze.....	28
3	Methodik.....	29
3.1	Zielsetzung der Arbeit.....	29
3.2	Forschungsfrage.....	31
3.2.1	Fragestellungen und Hypothesen.....	31
3.3	Studiendesign und Rekrutierung.....	31
3.4	Erhebungsinstrument.....	35
3.5	Datenerhebung.....	36
3.5.1	Aussendung.....	36
3.5.2	Bearbeitungszeit.....	37
3.6	Datenschutz und –management.....	37
3.6.1	Datenschutz und ethische Überlegungen.....	37
3.6.2	Haupt- und Nebengütekriterien der Erhebung.....	38
3.7	Rücklaufquote und -dokumentation.....	39

3.8	Datenanalyse	40
3.8.1	Statistische Analyse	40
3.8.2	Statistische Verfahren	40
4	Ergebnisse und Diskussion	41
4.1	Beschreibung der Stichprobe	41
4.2	Allgemeine Angaben zu den Einrichtungen	42
4.2.1	Setting	42
4.2.2	Beteiligte Professionen	44
4.2.3	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	50
4.2.4	Programmerfahrung	50
4.2.5	Zeitliche Struktur der Angebote	52
4.2.6	Art der Zuweisung zur Therapie	53
4.2.7	Kooperationen im Rahmen der Angebote	56
4.2.8	Finanzierung	57
4.2.9	Struktur der Leistungen in Bezug auf Einzel- und Gruppentherapie	59
4.2.10	Zeitraumen und Dauer der Therapie	60
4.2.11	Arbeit nach evidenzbasierten Leitlinien	61
4.2.12	Evaluierung der Angebote	65
4.3	Angaben zu den Therapieteilnehmern	67
4.3.1	Betreute Altersgruppen	67
4.3.2	Anteil weiblicher Teilnehmer	68
4.3.3	Migrationshintergrund und kulturelle Unterschiede	69
4.3.4	Einschlusskriterien	71
4.3.5	Einbezug des sozialen Umfelds	73
4.4	Eingangsuntersuchungen, Verlaufskontrolle, Dokumentation	73
4.4.1	Eingangsuntersuchungen	73
4.4.2	Untersuchungszeitpunkt	76
4.4.3	Untersuchungsdatendokumentation	76
4.5	Leistungsangebot bezüglich Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie	77
4.6	Angaben zum Leistungsangebot bezüglich Ernährungstherapie	80

4.6.1	Ernährungsformen bezüglich Energiedichte	80
4.6.2	Ernährungsformen bezüglich Makronährstoffen	81
4.6.3	Spezifische Ernährungsprogramme.....	82
4.6.4	Formuladiäten.....	83
4.6.5	Nahrungsergänzungsmittel.....	85
4.6.6	Ernährungsbezogene Informationen.....	86
4.6.7	Häufigkeit der Ernährungstherapie.....	88
4.6.8	Dauer einer Ernährungstherapieeinheit.....	88
4.7	Angaben zum Leistungsangebot bezüglich Bewegungstherapie.....	89
4.7.1	Bewegungsangebote.....	89
4.7.2	An der Bewegungstherapie beteiligte Professionen.....	90
4.7.3	Häufigkeit der Bewegungstherapie.....	91
4.7.4	Dauer einer Bewegungstherapieeinheit.....	92
4.7.5	Zeitrahmen der Bewegungstherapie.....	93
4.8	Angaben zum Leistungsangebot bezüglich Verhaltenstherapie.....	94
4.8.1	Therapeutische Verfahren.....	94
4.8.2	Häufigkeit der Verhaltenstherapie.....	95
4.8.3	Dauer einer Verhaltenstherapieeinheit.....	95
4.9	Angaben zum Leistungsangebot bezüglich chirurgischer Methoden.....	96
4.10	Angaben zum Leistungsangebot bezüglich medikamentöser Therapie.....	98
4.11	Angaben zum Leistungsangebot bezüglich alternativen Behandlungsmethoden.....	99
4.12	Allgemeine Angaben zum Leistungsangebot.....	99
4.12.1	Therapieziele.....	99
4.12.2	Nachbetreuung.....	100
4.12.3	Abbrecherquote.....	102
4.12.4	Präventionsangebot.....	104
4.12.5	Zusammenarbeit im Netzwerk.....	105
4.13	Aktuelle Ergebnisse im Vergleich mit früheren Erhebungen.....	106
4.13.1	Stichprobe und Rücklaufquote.....	106
4.13.2	Vergleiche hinsichtlich der Erfahrung der Einrichtungen.....	107

4.13.3	Vergleiche hinsichtlich Setting und an der Leistung beteiligter Professionen...	107
4.13.4	Vergleiche hinsichtlich angebotener Therapieformen und Schulungsinhalten.	109
4.13.5	Vergleiche hinsichtlich der Struktur der Angebote.....	111
4.13.6	Vergleiche hinsichtlich einer vorgesehenen Nachbetreuung und angebotenen Präventionsprogrammen.....	112
4.13.7	Vergleiche hinsichtlich der Qualitätssicherung in der Adipositas therapie.....	113
4.13.8	Vergleiche hinsichtlich patientenbezogener Angaben.....	114
4.13.9	Vergleiche hinsichtlich der Art der Zuweisung zur Therapie.....	116
4.13.10	Vergleiche hinsichtlich Einschlusskriterien.....	117
4.13.11	Vergleiche hinsichtlich durchgeführter Untersuchungen.....	117
4.13.12	Vergleiche hinsichtlich der Finanzierung der Leistungen.....	118
4.14	Limitationen.....	119
4.15	Interpretation, Ausblick und Schlussbetrachtung.....	121
5	Zusammenfassung/Abstract.....	123
6	Anhang.....	125
6.1	Literaturverzeichnis.....	125
6.2	Abbildungsverzeichnis.....	130
6.3	Tabellenverzeichnis.....	133
6.4	Abkürzungsverzeichnis.....	135
6.5	Fragebogen.....	137

1 Einleitung

Übergewicht und Adipositas spielen eine immer bedeutendere Rolle in der Gesellschaft. Die sowohl österreichweit als auch international weiter steigenden Prävalenzraten sowie die besorgniserregend hohe Anzahl betroffener Kinder und Jugendlicher, die mit Übergewicht und Adipositas einhergehende erhöhte Morbidität und Mortalität sowie die damit verbundenen hohen Kosten für das Gesundheitswesen lassen Stimmen aus allen Kreisen unisono nach mehr Forschung auf dem Gebiet der Adipositas, mehr Therapiemöglichkeiten und vor allem mehr Präventionsmaßnahmen verlangen.

Ein schwer überschaubares und in der Art der Angebote, Struktur und Finanzierung stark uneinheitliches Spektrum an Adipositas-Behandlungsmöglichkeiten erschwert das Finden einer geeigneten Therapieeinrichtung, erhöht damit die Zugangsschwelle und demotiviert Hilfesuchende.

Bereits in den Jahren 2005, 2008 und 2015 fanden Erhebungen zum Thema Adipositastherapie in Österreich statt. Bei der Erhebung von Frau Mag. Sabine Dämon im Jahr 2005 handelte es sich um eine Bestandsaufnahme von Betreuungsstrukturen für übergewichtige Kinder und Jugendliche in Österreich, welche 2006 aktualisiert und 2008 von Frau Mag. Melitta Maringele um Betreuungsstrukturen und Therapieprogramme für übergewichtige und adipöse Erwachsene in Österreich ergänzt wurde.

Im Jahr 2015 erfolgte eine weitere Erhebung bezüglich der Betreuungsstrukturen und Therapieangebote für Kinder und Jugendliche sowie für Erwachsene durch Frau Mag. Silvana Staudinger im Rahmen ihrer Masterarbeit „Therapieangebote für übergewichtige bzw. adipöse Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Österreich - Eine Bestandsaufnahme der Betreuungsstrukturen“ (siehe auch Seite 30: *Zeitlicher Verlauf der Erhebungen*).

Da Österreich weiterhin von einer steigenden Prävalenz der Adipositas betroffen ist, ist eine laufende Erhebung der Therapieangebote von hoher Relevanz. Das Ziel der vorliegenden Arbeit war in diesem Rahmen eine Aktualisierung des Spektrums bestehender Betreuungsangebote. Es sollte der Status quo 2017/18 erfasst und schließlich mit den früheren Angeboten verglichen werden, um mögliche Veränderungen darlegen zu können. Ebenso sollten die aktuelle Versorgung beurteilt und etwaige Mängel aufgezeigt werden.

Aus den früheren Ergebnissen entstanden in Folge im Auftrag von und in Kooperation mit SIPCAN – Initiative für ein gesundes Leben und der Österreichischen Adipositas Gesellschaft (ÖAG) und bei den Folgerhebungen in Kooperation mit der Universität Salzburg -

Interfakultärer Fachbereich Sport und Bewegungswissenschaft/USI bzw. der UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Broschüren mit Therapieangeboten für übergewichtige sowie adipöse Erwachsene bzw. für übergewichtige sowie adipöse Kinder und Jugendliche. Hiermit sollte Betroffenen und ihren Angehörigen eine übersichtliche Aufstellung möglicher Anlaufstellen geboten und die Suche nach geeigneter Therapie sowie der Zugang zu professioneller Hilfe erleichtert werden.

Des Weiteren konnte mithilfe der Erhebung im Jahr 2015 das Adipositas-Netzwerk Österreich, ein mittlerweile 195 Kontakte (Stand 2017) umfassendes Experten-Netzwerk zum Thema Adipositastherapie, aufgebaut werden (www.adipositasnetzwerk.at). Dessen Ziel ist einerseits eine Vernetzung von Kolleginnen und Kollegen gleicher oder unterschiedlicher Professionen sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit, welche gerade auf dem Gebiet der Adipositastherapie von großem Vorteil beziehungsweise sogar unabdingbar ist, um Betroffenen eine umfassende, die Bereiche Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie sowie die Behandlung von Stoffwechselkomplikationen abdeckende Betreuung bieten zu können. Andererseits dient die Plattform des Adipositas-Netzwerk Betroffenen und deren Angehörigen als Suchmaschine für das unkomplizierte Finden einer geeigneten Therapieeinrichtung. Mittels Suchfunktion, die verschiedene Auswahlmöglichkeiten bezogen auf Setting, betreuter Altersgruppe, Beruf und Bundesland bietet, können Experten in den Bereichen Ernährungsberatung, Bewegungstherapie, ärztliche und psychologische Beratung sowie im chirurgischen Bereich gefunden werden.

Die Erhebung 2005 zeigte aufgrund einer unzureichenden Anzahl an Anbietern, begrenzter Zugänge, sowie Missständen bei der Finanzierung und nötigen Qualitätskriterien ernüchternde Ergebnisse in Bezug auf Therapieangebote für Minderjährige in Österreich (Dämon, 2005). Im Jahr 2008 wurden unter anderem die Notwendigkeit des Ausbaus interdisziplinärer Zusammenarbeit, der Verbesserung hinsichtlich der Vielseitigkeit des Therapieangebots und der Implementierung einheitlicher Qualitätssicherungssysteme aufgezeigt (Maringgele, 2008). Im Jahr 2015 wurde das Adipositas-Therapieangebot in Österreich als gut, wenn auch verbesserungswürdig beurteilt. Erneut kritisiert wurde die Vernachlässigung einer allumfassenden Therapie, die sich nicht auf Ernährungstherapie beschränkt sondern auch bewegungs- und verhaltenstherapeutische Maßnahmen beinhaltet. Ein deutlich geringerer Anteil an Männern in den Betreuungseinrichtungen, bei gleichzeitig höherer Übergewichts- und Adipositas-Prävalenz der männlichen Bevölkerung, verlangt nach Strategien um auch Männer an eine Behandlung heranzuführen. Auch die Wichtigkeit von Vernetzung und interdisziplinärer Zusammenarbeit wurde erneut hervorgehoben. (Staudinger, 2015)

2 Theoretischer Hintergrund

Ziel dieses Kapitels ist es, einen allgemeinen und umfassenden Überblick über die Zivilisationskrankheit Adipositas in Form einer Literaturübersicht zum aktuellen Erkenntnisstand zu geben, aktuelle Prävalenzzahlen sowie Trends zu präsentieren, Begriffe zu definieren und die Thematik ausführlich von mehreren Seiten zu beleuchten.

2.1 Definition und Klassifikation von Übergewicht und Adipositas

Die Begriffe Übergewicht und Adipositas werden oft synonym verwendet, wobei Übergewicht lediglich ein auf die Körpergröße bezogenes erhöhtes Körpergewicht bezeichnet. Übergewichtige Personen sind demnach nicht unbedingt adipös, da die erhöhte Körpermasse beispielsweise auch durch ein hohes Muskelvolumen bedingt sein kann. Adipositas hingegen, abgeleitet vom lateinischen Wort *adepts* (= Fett), wird auch Fettsucht oder Fettleibigkeit genannt und bezeichnet eine krankhafte, über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts, wobei der erhöhte Körperfettanteil meist mit Übergewicht verbunden ist. (Ellrott & Pudel, 1998; ÖGE, 2014)

2.1.1 Beurteilung des Körpergewichts und der Körperzusammensetzung

Eine in den meisten Fällen gute, aber vor allem schnelle und einfache Möglichkeit zur Einschätzung des Körpergewichts und zur Detektion von Übergewicht und Adipositas ist die Berechnung und Beurteilung des Body Mass Index (BMI). Lediglich Angaben zu Körpergewicht und -größe einer Person sind nötig um den BMI zu ermitteln, der mithilfe folgender Formel berechnet wird:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht (in kg)}}{[\text{Körperlänge (in m)}]^2}$$

(Body Mass Index = Körpergewicht in Kilogramm dividiert durch Körpergröße in Metern zum Quadrat)

Die Beurteilung des errechneten BMI erfolgt nach folgender Klassifizierung:

Tabelle 1 *Gewichtsklassifikation und Risikobewertung für Begleiterkrankungen bei Erwachsenen anhand des BMI nach WHO, 2000*

Bereich (Kategorie)	BMI (kg/m ²)	Risiko für Begleiterkrankungen
Untergewicht	< 18,5	niedrig
Normalgewicht	18,5 – 24,9	durchschnittlich
Übergewicht	≥ 25,0	
Präadipositas	25 – 29,9	gering erhöht
Adipositas Grad I	30 – 34,9	erhöht
Adipositas Grad II	35 – 39,9	hoch
Adipositas Grad III	≥ 40	sehr hoch

Gemäß Klassifizierung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) spricht man bei einem BMI ≥ 25 kg/m² von Übergewicht, Adipositas ist definiert als BMI ≥ 30 kg/m². (WHO, 2000; Yumuk et al., 2015) Die Bewertung des Körpergewichts mittels BMI-Klassifizierung der WHO für Erwachsene findet zwar auch bei Kindern und Jugendlichen häufig Anwendung, ist jedoch nicht ideal. Besser und individueller erfolgt die Einschätzung bei Kindern und Jugendlichen über alters- und geschlechtsspezifische Perzentilen, bei denen Wachstum und entsprechende Veränderungen der Körperzusammensetzung mitberücksichtigt werden. (Fröschl et al., 2009; Kromeyer-Hauschild et al., 2001) Im deutschsprachigen Raum, und damit auch in Österreich, werden für die Beurteilung von Körpergröße und -gewicht die populationsspezifischen Referenzwerte von Kromeyer-Hauschild et al. und Kategorien laut AGA (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter) herangezogen.

Laut Angaben der AGA gilt ein Kind als übergewichtig, wenn es einen höheren BMI als 90% seiner Alters- und Geschlechtsgenossen hat, sein BMI entsprechend über der 90. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile liegt. Von Adipositas spricht man, wenn der BMI oberhalb der 97. BMI-Perzentile liegt. (AGA, 2006; Kromeyer-Hauschild et al., 2001, 2015)

Tabelle 2 *Beurteilung des Körpergewichts bei Kindern und Jugendlichen anhand von BMI-Perzentilen laut AGA*

Bereich (Kategorie)	alters- und geschlechtsspezifische BMI-Perzentile
Untergewicht	< 10
Normalgewicht	10 - 90
Übergewicht	> 90
Adipositas	> 97
Extreme Adipositas	> 99,5

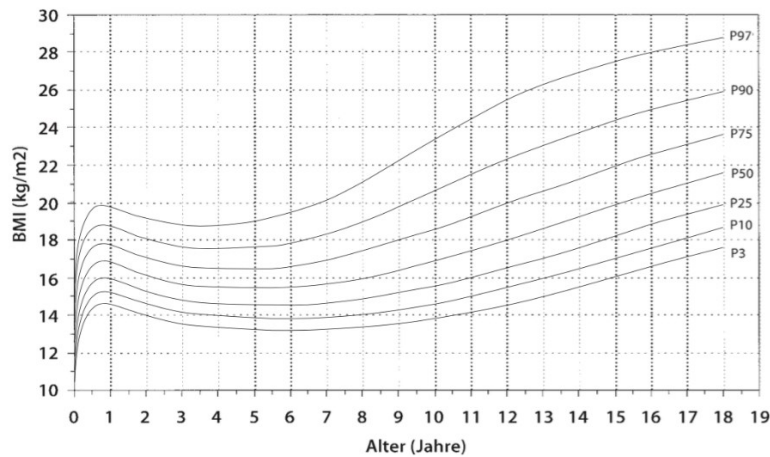


Abbildung 1. Perzentile für den BMI für Jungen im Alter von 0 - 18 Jahren nach Kromeyer-Hauschild et al., 2001

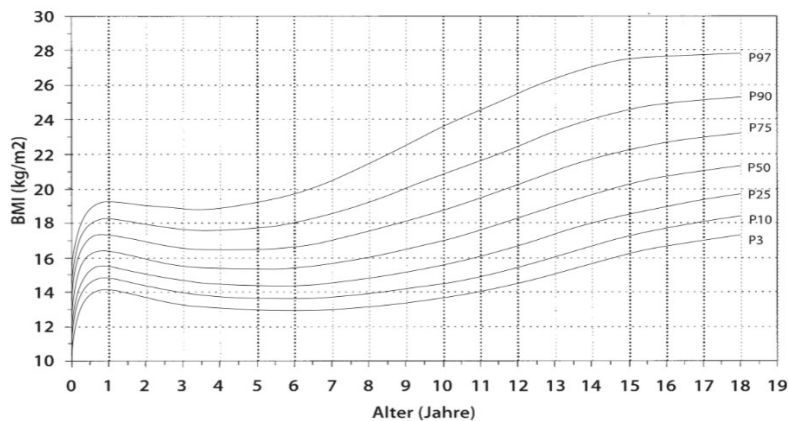


Abbildung 2. Perzentile für den BMI für Mädchen im Alter von 0-18 Jahren nach Kromeyer-Hauschild et al., 2001

Unter Adipositas wird also eine pathologische Vermehrung des Fettgewebes verstanden, wobei der BMI zur Klassifizierung der Adipositas oft nicht ausreichend ist, da nicht zwischen Gewicht aus Fettmasse und Gewicht aus Muskelmasse, Knochenmasse und Körperwasser unterschieden wird und folglich der Körperfettanteil nicht unmittelbar repräsentiert werden kann. (ICD10 data, 2018) Das metabolische und kardiovaskuläre Gesundheitsrisiko wird aber vor allem durch den Körperfettanteil und das Fettverteilungsmuster bestimmt. Ein besonders deutlicher Zusammenhang besteht zwischen diversen Risikofaktoren und Komplikationen und der viszeralen, also intraabdominellen (= in der Bauchhöhle eingelagerten) Fettmasse. (Biesalski et al., 2015; Despres et al., 2001; Fröschl et al., 2009; Haber, 2014; Yumuk et al., 2015)

Zur genaueren Beurteilung krankhaften Übergewichts ist somit die Bestimmung und Lokalisation der Fettmasse sinnvoll. Während eine genaue Körperfettanalyse entsprechend aufwendig ist, gibt es eine Reihe indirekter Methoden zur Erhebung der Körperfettmasse.

Als einfaches Maß zur Beurteilung des Viszeralfetts dient der Taillen- bzw. Bauchumfang. Bei erhöhtem Taillenumfang, definiert als ≥ 94 cm bei Männern und ≥ 80 cm bei Frauen, besteht bereits ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und metabolische Komplikationen, bei einem deutlich erhöhten Taillenumfang, bezeichnet als abdominale Adipositas und definiert als ≥ 102 cm bei Männern und ≥ 88 cm bei Frauen, gilt das Risiko als stark erhöht. Bei Personen mit einem BMI im Übergewichtsbereich sollte daher auch immer der Taillenumfang zur Beurteilung des Risikos für Begleiterkrankungen gemessen werden. (Lean et al., 2015; WHO, 2000, 2011; Yumuk et al., 2015;)

Als weitere Beispiele für eine einfache, nicht-invasive Ermittlung des Körperfettanteils sind die Kalipermetrie, also die Hautfaltenmessung mittels Kaliper, bei der die Dicke des Unterhautfettgewebes gemessen wird, und die Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA), bei der die Körperzusammensetzung mithilfe eines den elektrischen Widerstand messenden Geräts analysiert wird, zu nennen. (Kyle et al., 2004; Wang et al., 2000)

Mit höheren Kosten bzw. höherem Aufwand verbundene Methoden, die jedoch eine genauere Beurteilung der Körperzusammensetzung zulassen, sind die radiologische Methode der Dual-Röntgen-Absorptiometrie (dual energy X-ray absorptiometry, kurz DEXA), die Magnetresonanztomographie (MRT), die Kernspinresonanzspektroskopie (NMR- Spektroskopie), die Computertomographie (CT), die Kalium-40 Messung, sowie die auf Wasserverdrängung basierende Hydrodensitometrie und die fortschrittlichere Luftverdrängungsplethysmographie.

Der Körperfettanteil (in Folge KFA abgekürzt), der den prozentuellen Anteil des Fettes an der Gesamtkörpermasse angibt, ist unter anderem alters- und geschlechtsabhängig. Generell haben Frauen natürlicherweise einen höheren KFA. Weiters steigt dieser physiologisch bedingt mit zunehmendem Alter, während die Magermasse durch den Verlust an Muskelmasse sinkt. Die Beurteilung des KFA erfolgt häufig entsprechend den Ergebnissen der Studie von Gallagher et al. (2000), bei welcher der KFA bei 1626 Probanden mittels DEXA ermittelt wurde und in Folge Normen zur Klassifizierung abgeleitet wurden. (Cole, 1991; Gallagher et al., 2000)

Tabelle 3 *Klassifikation des Körperfettanteils nach Gallagher et al., 2000*

Geschlecht	Körperfettanteil	Alter		
		20-39 Jahre	40-59 Jahre	60-79 Jahre
Frauen		Körperfettanteil (%)		
	niedrig	< 21 %	< 23 %	< 24 %
	normal	21-33 %	23-34 %	24-36 %
	hoch	33-39 %	34-40 %	36-42 %
	sehr hoch	≥ 39 %	≥ 40 %	≥ 42 %
Männer	niedrig	< 8 %	< 11 %	< 13 %
	normal	8-20 %	11-22 %	13-25 %
	hoch	20-25 %	22-28 %	25-30 %
	sehr hoch	≥ 25 %	≥ 28 %	≥ 30 %

Ein vereinfachtes Schema zur Beurteilung des KFA ist die Einteilung entsprechend der Grenzwerte nach Pichard et al. (2000) und Kyle et al. (2001) in einen nicht empfehlenswerten (<12% bei Männern, <20% bei Frauen), empfehlenswerten (12-20% bei Männern, 20-30% bei Frauen) und zu hohen KFA (>20% bei Männern, >30% bei Frauen). (Kyle et al., 2001; Pichard et al., 2000)

Die Hauptannahme der BMI-Richtlinien ist, dass der BMI eng mit dem KFA und daraus resultierender Morbidität und Mortalität korreliert. Wie bereits erwähnt ist ein erhöhter BMI jedoch nicht gleichbedeutend mit einem erhöhten KFA und bedingt vice versa ein hoher KFA nicht gezwungenermaßen einen hohen BMI. (Cole, 1991; Gallagher et al., 2000)

2.1.2 Ursachen von Übergewicht und Adipositas

Die Gründe für das Entstehen und weitere Bestehen eines zu hohen Körpergewichts scheinen zahllos. Definitiv kann gesagt werden, dass nicht nur ein Faktor für Entstehung und Aufrechterhaltung verantwortlich ist. In diesem Abschnitt sollen daher verschiedene Aspekte und Ursachen von Übergewicht und Adipositas diskutiert werden, wobei zunächst ein paar grundlegende Definitionen und physiologische Erklärungen erfolgen.

Beschränkt man sich zunächst auf die rein physiologische Ursache, so ist Adipositas lediglich die Folge einer langfristig positiven Energiebilanz, also ein Mehr an Energie als benötigt wird über einen längeren Zeitraum. Der Brennwert, der den Energiegehalt von Nahrungsmitteln bezeichnet, wird in Kilojoule (kJ) oder Kilokalorien (kcal) angegeben. Der Energieverbrauch setzt sich aus dem Grundumsatz (GU), der nahrungsmittelinduzierten Thermogenese und dem Leistungsumsatz (Verbrauch durch zusätzliche Aktivität) zusammen.

Für die Berechnung des individuellen GU gibt es neben Verfahren zur direkten Messung auch mehrere Varianten zur Ermittlung mithilfe von Formeln. Vereinfacht kann der GU als 1 kcal pro kg Körpergewicht pro Stunde bei Männern bzw. 0,9 kcal pro kg Körpergewicht pro Stunde bei Frauen angenommen werden. Für die Berechnung des Leistungs- sowie Gesamtenergieumsatzes dient das Physical Activity Level (PAL), welches das Ausmaß körperlicher Aktivität angibt. Der Gesamtenergieumsatz ergibt sich aus der Multiplikation von GU und PAL. (DGE, 2015)

Tabelle 4 PAL-Werte entsprechend verschiedener Aktivitätslevel in Beruf und Freizeit (nach DGE, 2015)

PAL	Tätigkeit in Arbeit und Freizeit
1,2 – 1,3	ausschließlich sitzende oder liegende Lebensweise
1,4 – 1,5	ausschließlich sitzende Tätigkeit mit wenig oder keiner anstrengenden Freizeitaktivität
1,6 – 1,7	sitzende Tätigkeit, zeitweilig auch zusätzlicher Energieaufwand für gehende und stehende Tätigkeiten, wenig oder keine anstrengende Freizeitaktivität
1,8 – 1,9	überwiegend gehende und stehende Arbeit
2,0 – 2,4	körperlich anstrengende berufliche Arbeit oder sehr aktive Freizeitaktivität

Der typischen „westlichen Lebensweise“ entspricht ein PAL von etwa 1,5. Ein Energie-Regelsystem, das die Energieaufnahme über die Appetitregulation an den Verbrauch anpasst, dürfte jedoch erst ab einem PAL von 1,7 effizient funktionieren, wodurch bei niedrigerem PAL tendenziell mehr Nahrung aufgenommen wird als benötigt. Eine im Vergleich zum Energieverbrauch erhöhte Energieaufnahme, also ein Ungleichgewicht zwischen aufgenommenen und umgesetzten kcal, führt zu bereits erwähnter positiver Energiebilanz und diese in weiterer Folge zu einer Gewichtszunahme und einem Anstieg des Körperfettanteils, da nicht umgesetzte Energie in Form von Fett gespeichert wird, wobei ein Überschuss von 7000 kcal 1 kg Körperfett entspricht. (Haber, 2014) Aufbauend auf diesen Grundlagen gibt es viele, teils individuelle, teils untereinander interagierende Faktoren, welche die Entstehung von Übergewicht und Adipositas verursachen, begünstigen oder aufrechterhalten. (Klotter, 2007)

Laut S-3 Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ (DAG et al., 2014) können folgende Aspekte für Adipositas ursächlich sein:

- familiäre Disposition, genetische Ursachen
- Lebensstil (z.B. Bewegungsmangel, Fehlernährung)
- ständige Verfügbarkeit von Nahrung
- Schlafmangel
- Stress
- depressive Erkrankungen

- niedriger Sozialstatus
- Essstörungen (z.B. Binge Eating Disorder, Night Eating Disorder)
- endokrine Erkrankungen (z. B. Hypothyreose, Cushing-Syndrom)
- Medikamente (z.B. Antidepressiva, Neuroleptika, Phasenprophylaktika, Antiepileptika, Antidiabetika, Glukokortikoide, einige Kontrazeptiva, Betablocker)
- andere Ursachen (z.B. Immobilisierung, Schwangerschaft, Nikotinverzicht)

Einige der genannten Punkte könnte man als eigentliche Ursachen dementieren. Vielmehr fördern sie aber Verhaltensweisen, die Übergewicht und Adipositas begünstigen. Die bedeutendste Rolle für die Genese der derzeitigen Adipositas-Epidemie spielt der moderne Lebensstil, der von einer hohen Energieaufnahme bei gleichzeitigem Bewegungsmangel geprägt ist. (Haber, 2014; Swinburn et al., 2004; WHO, 2018)

Studien belegen, dass die durchschnittliche tägliche Energieaufnahme über die letzten Jahrzehnte zugenommen hat, während sich der Energieverbrauch durch körperlich anstrengende Arbeit in Beruf und Haushalt verringert hat. (Archer et al., 2013; Wright et al., 2004)

Sowohl die mangelnde körperliche Aktivität als auch die Fehlernährung resultieren vor allem aus sich verändernden Umweltbedingungen und gesellschaftlichem Wandel. (Haber, 2014; Swinburn et al., 2004; WHO, 2018) Umstrukturierungen in der Landwirtschaft und Lebensmittelverarbeitung, eine zunehmende Verstädterung und das Fehlen unterstützender Maßnahmen in Bereichen wie Stadtplanung, Verkehr, Gesundheit und Bildung sind für das heutige Ernährungs- und Bewegungsverhalten mitverantwortlich. (WHO, 2018) Zunehmend sitzende berufliche Tätigkeiten und ein Rückgang an Berufen, die mit körperlich stark fordernden Arbeiten einhergehen, sowie größtenteils unnötig gewordene Alltagsaktivitäten wie zu Fuß gehen oder Stiegen steigen durch Veränderungen bei Beförderung und Transport, bedingen ein geringeres PAL und damit einen niedrigeren Energieumsatz, der größtenteils auch nicht durch Bewegung in der Freizeit kompensiert wird. Gerade bei Kindern kann ein Bewegungsmangel auch Resultat eines Mangels an Bewegungsmöglichkeiten wie Spielplätzen, Parks oder Radwegen sein. (Haber, 2014; Swinburn et al., 2004; WHO, 2018)

Eine Fehlernährung ergibt sich oftmals durch eine wenig abwechslungsreiche Ernährung und den häufigen Konsum hochkalorischer, stark fett- und zuckerhaltiger Lebensmittel. Mitverantwortlich dafür ist das steigende Angebot von Nahrungsmitteln mit hoher Energiedichte, sowie die ständige Verfügbarkeit von Nahrung. (Haber, 2014; Pachinger, 2015)

Der moderne Lebensstil ist gesellschaftlichen Einflüssen unterworfen, wovon einige auch als kulturelle Einflüsse gesehen werden können. So können der Verlust einer spezifischen Esskultur, bedingt durch weniger Zeit für Tätigkeiten wie Einkaufen und Kochen, und ein kultureller Trend

hin zu einem häufigeren Verzehr von Fertiggerichten, kalorienreichen Snacks und Fastfood ebenfalls zur steigenden Adipositas-Prävalenz beitragen. (Klotter, 2007)

Im Hinblick auf genetische Veranlagung kann diese zwar in einzelnen Fällen eine Rolle spielen, sie bietet jedoch keine ausreichende Erklärung für die weltweit dramatisch steigende Prävalenz von Adipositas. Die rasch steigende Anzahl Adipöser stehen in keinem Verhältnis zum Zeitraum, der für eine genetische Veränderung nötig wäre. (Haber, 2014) Die Erbanlage kann zwar für eine prädisponierte Person von Bedeutung sein, kann aber nicht für die Adipositas-Epidemie einer ganzen Gesellschaft verantwortlich gemacht werden. Studien zeigten, dass 60-80% der BMI-Varianz durch direkte und indirekte genetische Faktoren erklärt werden können. Demnach entwickelt der Mensch, dessen Organismus sich im Laufe der Evolution zum Überstehen von Hungerperioden an die Speicherung von möglichst viel Energie angepasst hat, in einer Umwelt in der hochkalorische Nahrung im Überfluss vorhanden ist, Übergewicht. (Hebebrand, 2005) Andere Studien belegen, dass eine genetische Disposition zwar vorhanden sein kann, ihr Einfluss im Prinzip aber zu vernachlässigen ist. Die Veranlagung alleine verursacht kein Übergewicht. Auch hier ist ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren nötig. (ÖAG, 2018)

Es gibt auch Evidenz für ethnische Unterschiede in der Anfälligkeit für die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas. Eine australische Studie verglich dafür Zugewanderte und in Australien Geborene hinsichtlich ihres BMI und untersuchte die Einflüsse von kultureller Anpassung auf die Entstehung von Übergewicht. Es zeigte sich, dass Immigranten zum Zeitpunkt ihrer Ankunft in Australien einen geringeren BMI hatten als in Australien Geborene, sich die Seiten aber mit der Länge des Aufenthalts wechselten. Eine höhere kulturelle Anpassung, die mit Verhaltensänderungen wie beispielsweise der Annahme ungesunder Ernährungsgewohnheiten einhergeht, korrelierte mit einem höheren BMI. Auch das Alter zum Zeitpunkt der Immigration spielte dabei eine Rolle. (Menigoz, 2016)

Eine Studie, die sich mit der Entwicklung der Adipositas-Prävalenz zwischen 1973 und 2007 in Österreich und deren Zusammenhang mit soziodemografischen Faktoren beschäftigte, stellte eine Korrelation zwischen einem niedrigen Bildungslevel und einem höheren BMI fest. Ebenso besteht eine Assoziation zwischen dem Wohnort und dem Vorkommen von Adipositas. (Großschädl & Stronegger, 2011)

Chronischer Stress kann ebenfalls Einfluss auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten nehmen, ebenso wie Stresshormone das Körpergewicht über endokrine und metabolische Prozesse beeinflussen können. (Holzapfel et al., 2013)

Weiters können psychische Faktoren wie Stress, Einsamkeit, Depression oder Frustration ein gestörtes Essverhalten bedingen oder fördern. Als Beispiele können Reizkopplungen, die übermäßige Nahrungsaufnahme begünstigen, eine Fixierung auf die orale Phase (Freud), Essen als positiver Verstärker oder auch eine fehlende Differenzierung zwischen Hunger und anderen Bedürfnissen genannt werden. (Klotter, 2007) Eine Studie an Jugendlichen zeigte beispielsweise erkennbare, jedoch nicht signifikante Tendenzen zu gestörtem Essverhalten im Zusammenhang mit depressiven Symptomen. (Fulkerson et al., 2004) Es kann jedoch nicht restlos geklärt werden, ob z.B. eine Depression Ursache oder Folge der Adipositas ist. Außer Zweifel steht, dass Nahrungsaufnahme als Belohnung oder der Regulation negativer Gefühle dienen kann. (Klotter, 2007) Da von Adipositas Betroffene eine heterogene Gruppe darstellen, kann es z.B. sehr wohl eine Untergruppe mit psychischen Problemen geben. Es gibt jedoch keine bestimmte Persönlichkeit, die zu einer bestimmten Störung führt, und somit auch keine „Adipositaspersönlichkeit“. (Pudel, 2003) Da es keine allgemein verbindliche Aussage zur Entstehung von Adipositas gibt, sollten zugrunde liegende Ursachen für jeden Patienten individuell geprüft und ermittelt werden. (Sabbioni, 2003) Etwaige für das Übergewicht verantwortliche Erkrankungen gilt es vor einem Therapiebeginn auszuschließen bzw. abzuklären.

2.1.3 Risiken, Komplikationen und medizinische Folgen der Adipositas

Von der WHO wird Adipositas als chronische, nichtübertragbare Krankheit anerkannt. Im von der WHO herausgegebenen Diagnoseklassifikationssystem ICD („International Classification of Diseases“) zur Internationalen Klassifikation von Krankheiten ist sie daher seit 1950 und im aktuellen ICD-10 als Diagnose mit dem Code E66 enthalten. (Frühbeck et al., 2013; ICD Code, 2018) Im „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM; diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen), dem Diagnoseklassifikationssystem der Psychiatrie wird sie jedoch nicht als psychische Erkrankung, sondern lediglich im Zusammenhang mit bestimmten Essstörungen genannt. (Holzapfel et al., 2013; Yumuk et al., 2015)

Tabelle 5 *Adipositas-Klassifikation nach ICD-10*

E66.0	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr
E66.1	Arzneimittelinduzierte Adipositas
E66.2	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation
E66.8	Sonstige Adipositas
E66.9	Adipositas, nicht näher bezeichnet

(ICD Code, 2018)

Adipositas mit ihren diversen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und nachteiligen Folgen schränkt physische, mentale und gesellschaftliche Komponenten enorm ein und kann als ein Tor zu vielen anderen Krankheiten gesehen werden. Eine Reihe von nichtübertragbaren Erkrankungen (NCDs = noncommunicable diseases) ist weniger direkte gesundheitliche Folge von Übergewicht und Adipositas als dass ein erhöhtes Körpergewicht schlichtweg einen wesentlichen Risikofaktor für diese darstellt. Für diverse chronische Erkrankungen wie kardiovaskuläre Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Hypertonie), Typ 2 Diabetes mellitus, Erkrankungen des Bewegungsapparats, sowie verschiedene Krebsarten (z.B. Endometrium-, Brust-, Eierstock-, Prostata-, Leber-, Gallenblasen-, Nieren- und Dickdarmkrebs) ist Adipositas ein bedeutender Risikofaktor und Promotor. (ICD10 data, 2018; Ng et al., 2014; Smith & Smith, 2016; WHO, 2012, 2018)

Insbesondere die abdominelle Adipositas stellt aufgrund des erhöhten Viszeralfetts einen Hauptrisikofaktor für metabolische Veränderungen wie reduzierte Insulinsensitivität, gestörte Glukosetoleranz und Dyslipidämie, die in Folge zu kardiovaskulären Erkrankungen und Typ 2 Diabetes mellitus führen können, dar. Hormone und andere Produkte des Fettgewebes verursachen auf vielfältige Weise Funktionsstörungen und Organschäden. Kardiovaskuläre Erkrankungen stellen die häufigsten adipositasbedingten Todesursachen dar. (DAG et al., 2014; DER STANDARD, 2018)

Übergewicht bzw. Adipositas gelten darüber hinaus als die wichtigsten Promotoren des Metabolischen Syndroms, einem multikausalen Krankheitsbild mit verschiedenen Symptomen und assoziierten Störungen, bei dem ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorliegt und dessen markantestes Merkmal die abdominale Adipositas ist. Weitere Kriterien für die Diagnose des Metabolischen Syndroms sind erhöhte Triglyceridwerte, niedrige HDL-Cholesterinwerte, ein erhöhter Blutdruck, sowie erhöhte Nüchtern glukosewerte. (DAG et al., 2014)

Als weitere Begleit- und Folgeerkrankungen bei unbehandeltem Übergewicht sind Fettleber, Hyperlipidämie, Atembeschwerden, Schlafapnoe, degenerative Gelenkveränderungen wie Osteoarthritis, Erkrankungen der Gallenblase, Polyzystisches Ovar-Syndrom und Unfruchtbarkeit zu nennen. (Holzapfel et al., 2013; Yumuk et al., 2015) Weiters besteht bei einem erhöhten Körpergewicht auch ein erhöhtes Risiko, mehr als eine dieser Begleiterkrankungen zu entwickeln. (Frühbeck et al., 2013)

Neben resultierenden Konsequenzen für die Gesundheit, sowie einem erhöhten Risiko für Behinderung und verkürzte Lebensdauer, führen psychosoziale Probleme zu

Beeinträchtigungen. (DAG et al., 2014; WHO, 2012) Eine problematische Folge von Übergewicht stellt die Stigmatisierung und Diskriminierung Betroffener dar. Ausgrenzung, Mobbing und Benachteiligung in Privat- sowie Berufsleben schränken die Lebensqualität zusätzlich ein. (Holzapfel et al., 2013)

Adipositas stellt demnach eine der aktuell relevantesten Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit dar, verursacht hohe Kosten im Gesundheitssystem und droht viele bereits erreichte medizinische Fortschritte und Gewinne zunichte zu machen. (Frühbeck et al., 2013; Yumuk et al., 2015) Ungeachtet dessen wird Adipositas häufig nicht als die ernste und komplexe chronische Krankheit gesehen, die sie ist. (Frühbeck et al., 2013)

Schon ein erhöhter BMI gilt als wesentlicher Risikofaktor für nichtübertragbare Krankheiten, wobei das Risiko mit dem BMI steigt, der BMI alleine als prognostischer Marker für Morbidität und Mortalität allerdings wenig geeignet ist. Eine individuelle Risikoabschätzung sollte auf jeden Fall erfolgen. (WHO, 2018)

Wie bereits erwähnt sind Adipositas per se und insbesondere abdominelle Adipositas mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko assoziiert. (Murguía-Romero et al., 2012) Wenn auch noch diskutiert wird wie stark der Zusammenhang zwischen einem zu hohen BMI und der Gesamtmortalität ist, konnte bereits mehrfach gezeigt werden, dass ein BMI über 30 kg/m² das Mortalitätsrisiko durch Herzerkrankungen, Schlaganfall und bestimmten Krebsarten deutlich erhöht. (Flegal et al., 2013; Frühbeck et al., 2013) Auch eine Metaanalyse, die sich mit der Gesamtmortalität von rund 3 Millionen Menschen befasste, lieferte deutliche Beweise dafür, dass ein BMI über 30 kg/m² im Vergleich zu Normalgewicht mit einer signifikant höheren Gesamtmortalität assoziiert ist, während Übergewicht (BMI 25-30 kg/m²) mit einer signifikant geringeren Gesamtmortalität einhergehen dürfte, wobei die Datenlage zum Teil inkonsistent ist. (Flegal et al., 2013; Holzapfel et al., 2013) Was also ein auf die Lebenserwartung bezogen optimaler BMI ist, bleibt zu diskutieren. (Flegal et al., 2013; Frühbeck et al., 2013)

Das überschüssige Körperfett hat auch bei Kindern zahlreiche negative Auswirkungen. (ICD.Codes, 2018) Übergewichtige und adipöse Kinder haben sowohl auf gesundheitlicher und als auch auf gesellschaftlicher Ebene schlechtere Zukunftsaussichten.

Wie Erwachsene haben auch Kinder ein erhöhtes Risiko, Folgeerkrankungen zu entwickeln. Weiters besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, auch im Erwachsenenalter adipös zu sein, was wiederum Konsequenzen für die Gesundheit in späteren Lebensjahren sowie Einfluss auf die Lebensdauer hat. (Livingstone, 2001) Die adipositasbedingten Risiken sind also mit Behinderungen und vorzeitigem Tod in der Zukunft assoziiert. (Fröschl et al., 2009; WHO, 2018)

Betroffene Kinder leiden häufig unter Atembeschwerden, Bluthochdruck, frühen Anzeichen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, orthopädischen Problemen, einem erhöhten Risiko für Knochenbrüche, Insulinresistenz und Diabetes (Fröschl et al., 2009; Pachinger, 2015; WHO, 2018) sowie psychologischen Störungen und psychosozialen Symptomen wie Depressionen, Minderwertigkeitsgefühlen, Isolation durch soziale Ausgrenzung und Ausbildungsnachteilen. (DER STANDARD, 2016; Pachinger, 2015)

Insbesondere in Schwellen- und Entwicklungsländern kann die rasch zunehmende Adipositas-Prävalenz als Doppelbelastung gesehen werden. Der Anstieg damit verbundener Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten bei gleichzeitiger Existenz des ungelösten Problems von Unterernährung stellt insbesondere für Kinder in diesen Ländern eine erhebliche Gefährdung dar. Diese sind aufgrund der drastischen Veränderungen mehr und mehr zucker-, fett- und salzreichen Lebensmitteln mit geringer Nährstoffqualität ausgesetzt, da diese tendenziell billiger sind. Diese neuen Ernährungsgewohnheiten führen damit weltweit zu einem starken Anstieg der Adipositasraten bei Kindern. (WHO, 2018)

Diese steigende Prävalenz sollte daher als ernstes Public Health Problem wahrgenommen werden. Auch im Hinblick auf Adipositas im Erwachsenenalter und die damit verbundenen Kosten für das Gesundheitssystem durch das erhöhte Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko besteht verstärkter Handlungsbedarf. (Elmadfa et al., 2012)

Die WHO beschreibt Adipositas als das größte chronische Gesundheitsproblem der Welt, das sich zu einem ernsthafteren Problem als Mangelernährung entwickelt hat. (Frühbeck et al., 2013) Weltweit gibt es mittlerweile mehr übergewichtige als untergewichtige Menschen, und Übergewicht und Adipositas sind weltweit mit mehr Todesfällen verbunden als Untergewicht. Tatsächlich lebt sogar ein Großteil der Weltbevölkerung in Ländern, in denen mehr Menschen an den Folgen von Übergewicht und Adipositas als an Untergewicht sterben. (WHO, 2018)

In vielen Teilen der Welt kann Adipositas für 10-13% der Todesfälle verantwortlich gemacht werden. (Frühbeck et al., 2013) Laut WHO sind weltweit 44% der Diabetesfälle, 23% der koronaren Herzerkrankungen und 7-41% bestimmter Krebsfälle auf Übergewicht und Adipositas zurückzuführen. (WHO, 2012, 2018) In den meisten Ländern Europas sind Übergewicht und Adipositas sogar für rund 80% der Fälle von Typ 2 Diabetes mellitus, 35% der koronaren Herzerkrankungen und 55% der Fälle von Hypertonie verantwortlich. (Tsigos et al., 2011)

2.1.4 Welt- und österreichweite Prävalenzen und Trends

Weltweit ist ein starker Anstieg des Anteils an übergewichtigen und adipösen Personen zu verzeichnen. Eine zunehmende Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas betrifft dabei nicht nur Industrieländer (Hebebrand, 2005), die Zahlen sind auch in Entwicklungs- und Schwellenländern, insbesondere in städtischen Gebieten, stark ansteigend. (Frühbeck, 2013; WHO, 2018) Laut Schätzungen der WHO hat sich die globale Prävalenz von Adipositas zwischen 1975 und 2016 fast verdreifacht. Im Jahr 2016 waren mehr als 1,9 Milliarden Erwachsene übergewichtig, über 650 Millionen davon adipös. Somit waren 39% (40% der Frauen, 39% der Männer) der über 18-Jährigen von Übergewicht und 13% (15% der Frauen, 11% der Männer) von Adipositas betroffen.

Besonders bedenklich ist der weltweite beträchtliche Anstieg der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Die Anzahl übergewichtiger und adipöser Kinder unter 5 Jahren wurde von der WHO im Jahr 2016 auf weltweit 41 Millionen geschätzt, in der Altersgruppe der 5-19 Jährigen waren etwa 340 Millionen übergewichtig oder adipös. Lag die Übergewichts-Prävalenz der 5-19 Jährigen im Jahr 1975 noch bei 4%, so stieg diese bis zum Jahr 2016 auf über 18% (18% der Mädchen, 19% der Jungen). Von Adipositas betroffen waren im Jahr 1975 knapp 1% der 5-19 Jährigen, im Jahr 2016 etwa 7% (6% der Mädchen, 8% der Jungen). (WHO, 2018)

Eine bereits 10 Jahre alte Studie zeigte für Österreich über eine Periode von 35 Jahren einen deutlichen Anstieg der Adipositasprävalenz in bestimmten Altersgruppen. Weiters war damals wie heute ein signifikanter regionaler Trend innerhalb Österreichs nachweisbar: der durchschnittliche BMI nimmt von West- nach Ostösterreich deutlich zu. (Großschädl & Stronegger, 2011) Laut aktuellen Ergebnissen des Österreichische Ernährungsberichts, bei dem die Ernährungssituation in Österreich, Körpergewicht und Körperzusammensetzung der ÖsterreicherInnen sowie in Folge auch Prävalenzen für Übergewicht und Adipositas seit 1998 alle fünf Jahre analysiert werden, ist die Mehrzahl der österreichischen Bevölkerung normal- oder übergewichtig. Bei der letzten diesbezüglichen Erhebung waren insgesamt 41% der untersuchten Erwachsenen übergewichtig (BMI 25-30 bei 28,9%; Adipositas bei 12,1%), wobei Männer häufiger betroffen waren als Frauen. (BMGF, 2017; Rust et al., 2017)

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen traten Übergewicht und Adipositas in den höheren Altersklassen häufiger auf. Die erhöhte Prävalenz von Adipositas mit steigendem Alter ist bei Männern jedoch ausgeprägter. Den größten Anteil Übergewichtiger und Adipöser fand man in der Gruppe der 51-65-jährigen Männer: hier waren 48,1% bzw. 19,9% von Übergewicht bzw.

Adipositas betroffen, während nur 28,6% bzw. 12,9% der Frauen derselben Altersklasse übergewichtig bzw. adipös waren. (BMGF, 2017; Rust et al., 2017)

Der durchschnittliche BMI betrug bei den Frauen 24,2 kg/m², bei den Männer 25,8 kg/m², der Taillenumfang im Mittel 81,0 cm bei den Frauen und 91,9 cm bei den Männern. Die durchschnittliche Waist-to-Hip Ratio (WHR) wurde zu 0,80 bei den Frauen und zu 0,89 bei den Männern berechnet. (Elmadfa et al., 2012)

Im Hinblick auf mögliche Trends waren seit 2008 nur geringe Veränderungen hinsichtlich der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei österreichischen Erwachsenen beobachtbar. (Rust et al., 2017) So waren laut Ernährungsbericht 2012 27,6% der österreichischen Erwachsenen übergewichtig und 12,2% adipös, wodurch sich zum damaligen Erhebungszeitpunkt bei insgesamt etwa 40% (52% der Männer, 28% der Frauen) der Erwachsenen ein zu hohes Körpergewicht zeigte. (Elmadfa et al., 2012) Dem Ernährungsbericht 2008 können Prävalenzen von 31% übergewichtigen und 11% adipösen Erwachsenen entnommen werden, wobei die direkte Vergleichbarkeit mit diesen Daten, die lediglich aus Selbstangaben hervorgingen, limitiert ist. (Elmadfa et al., 2012; Rust et al., 2017)

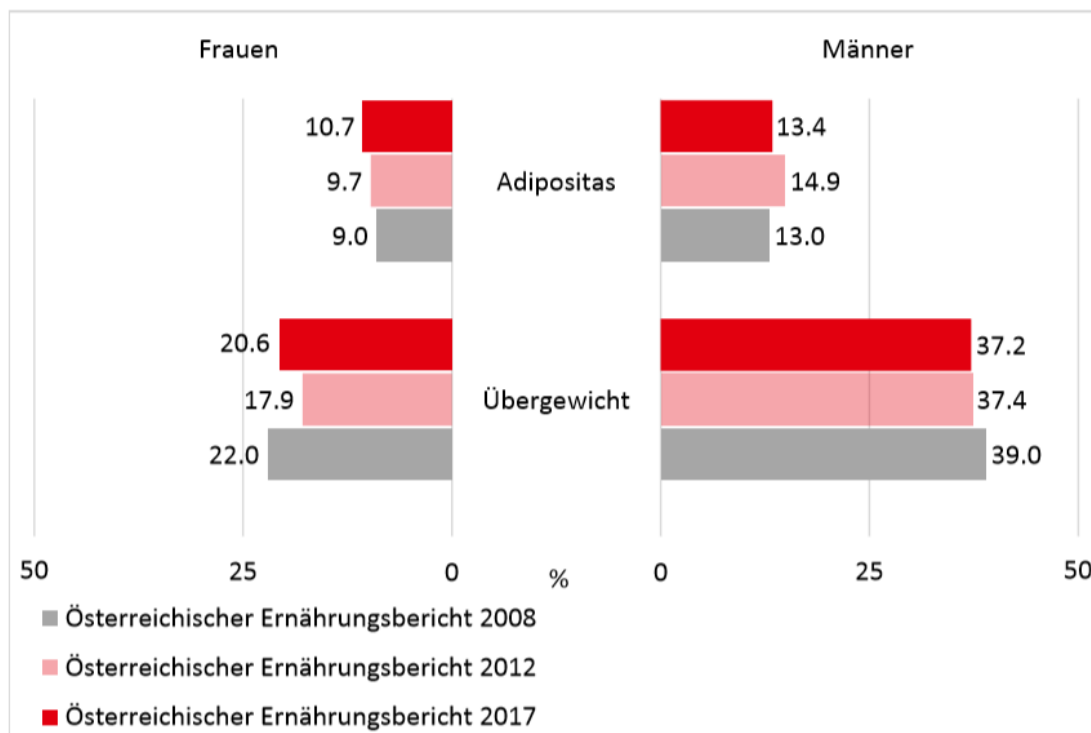


Abbildung 3. Vergleich der Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas bei österreichischen Erwachsenen in den Jahren 2008, 2012 und 2017 (Rust et al. Österreichischer Ernährungsbericht, 2017)

Hinsichtlich der Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas bei österreichischen Kindern waren laut Ernährungsbericht 2012 72,2% der Kinder normalgewichtig, während 16,7% übergewichtig und 7,3% adipös waren. Hier war im Vergleich zu den letzten Ernährungsberichten ein deutlicher Trend hin zu steigenden Übergewichtsraten zu beobachten. (Elmadfa et al., 2012) Auch die KiGGS-Studie, eine Langzeitstudie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, kam zu dem Ergebnis, dass sich die Anzahl der von Übergewicht und Adipositas betroffenen Kinder und Jugendlichen seit 1980 um bis zu 50% erhöht hat. (Pachinger, 2015) Aktuellere Studien zeigten einen weiteren Anstieg der Prävalenz von Adipositas bei Kindern: von 2012 bis 2017 stieg der Anteil adipöser Kinder von 7,3% auf 10,7%. Im Jahr 2017 nahm das österreichische Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) erstmals an der COSI-Studie (Childhood Obesity Surveillance Initiative) der WHO teil. Dabei wurden Körpergewicht und -größe, BMI und Bauch- und Hüftumfang von etwa 2500 8 bis 9-jährigen Schulkindern erhoben. Es zeigte sich, dass österreichweit ca. 30% der Buben und, bei deutlichen regionalen Unterschieden, zwischen 21% (im Westen) und 29% (im Osten) der Mädchen übergewichtig oder adipös waren. (BMGF, 2017) Von zwei weiteren rezenten Studien aus Österreich, die sich ebenfalls mit den Übergewichtsraten von Schulkindern beschäftigten, zeigte eine, dass 30% der 14-15 Jährigen in Tirol übergewichtig oder adipös waren, die andere stellte fast identische Übergewichtsraten von 31,2% bei 10 bis 19-jährigen Wiener Schülern fest, wobei auch bei diesen beiden Studien Buben deutlich häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen waren als Mädchen. (SIPCAN, 2016, 2017)

In einer Studie aus dem Jahr 2008 schätzten die Autoren bei Fortsetzung aktueller Trends einen Zuwachs auf 3,3 Milliarden von Übergewicht und Adipositas betroffener Menschen (2,2 Milliarden Übergewichtige und 1,1 Milliarden Adipöse), entsprechend einem Anteil von etwa 60% der Weltbevölkerung, bis zum Jahr 2030. (Kelly et al., 2008)

2.2 Therapie der Adipositas

Die physiologische Voraussetzung zum Körperfettabbau ist eine negative Energiebilanz, also ein die Aufnahme übersteigender Verbrauch, über einen längeren Zeitraum. Diese kann zum einen durch eine reduzierte Energieaufnahme über Essen und Trinken und zum anderen durch einen höheren Energieverbrauch durch Aktivität erreicht werden. Vereinfacht dargestellt sollte, um Körperfett zu reduzieren, weniger gegessen (Diät) und mehr Bewegung gemacht werden. (Haber, 2014)

Dennoch ist Adipositas eine Krankheit, die behandelt werden kann und nicht auf die Aspekte der übermäßigen Ernährung und unzureichenden Bewegung reduziert werden sollte. Somit darf

sich auch eine Behandlung nicht auf das Einhalten einer Diät und die Durchführung eines Bewegungsprogramms beschränken. Betroffenen soll im Rahmen einer Kombination aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie, welche die drei Grundpfeiler einer erfolgreichen Behandlung darstellen, eine adäquate sowie umfassende Adipositas therapie geboten werden. Auch medikamentöse Behandlungen oder chirurgische Eingriffe können unter bestimmten Voraussetzungen zum Einsatz kommen. Von besonderer Bedeutung in der Betreuung Adipöser ist darüber hinaus die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen. (DAG et al., 2014)

Ziel der Therapie soll eine langfristige Senkung des Körpergewichts sowie die damit verbundenen Reduktionen im Hinblick auf Risikofaktoren, Erkrankungen und Mortalität, bei gleichzeitiger Steigerung der Lebensqualität sein. (DAG et al., 2014) Eine Gewichtsreduktion geht dabei direkt mit positiven Auswirkungen auf die Gesundheit einher. Schon eine Abnahme von 5-10% des Körpergewichts kann einige der typischen übergewichtsassozierten Komorbiditäten verhindern oder zumindest in ihrem Fortschritt verzögern. (ICD10 data, 2018) Laut den in der S3 Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ vorgelegten Empfehlungen sollte bei einem BMI von 25-30 kg/m² eine Gewichtsabnahme von über 5% des Ausgangsgewichts, bei einem BMI über 35 kg/m² eine Gewichtsabnahme von über 10% des Ausgangsgewichts innerhalb von 6-12 Monaten erreicht werden. (DAG et al., 2014)

Jedoch erfordert eine auf Dauer erfolgreiche Therapie in jedem Fall eine langfristige Umstellung der Ernährungs- und Lebensgewohnheiten. Die Therapieziele sollten daher realistisch und individuell angepasst sein. Nach anfänglicher Gewichtsreduktion muss zur langfristigen Gewichtsstabilisierung der modifizierte Lebensstil lebenslang beibehalten werden. (ÖAG, 2018) Dabei spielen die Motivation und Bereitschaft des Patienten, der Einbezug des sozialen Umfelds sowie die Nachbetreuung im Anschluss an eine erfolgte Therapie eine entscheidende Rolle. (DAG et al., 2014)

Eine allgemeine Indikation zur Therapie besteht entsprechend der S3 Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ (DAG et al., 2014) unter folgenden Voraussetzungen:

- BMI ≥ 30 kg/m²
- Übergewicht (BMI 25 bis < 30 kg/m²) bei gleichzeitiges Vorliegen von übergewichtsbedingten Gesundheitsstörungen (z.B. Typ 2 Diabetes mellitus, Hypertonie) oder Erkrankungen, die durch Übergewicht verschlimmert werden oder einer abdominalen Adipositas oder eines hohen psychosozialen Leidensdrucks

2.2.1 Ernährungstherapeutische Ansätze

Eine abwechslungsreiche und bedarfsgerechte Ernährung ist ein Grundpfeiler für Gesundheit und Wohlbefinden. (Rust et al., 2017) So soll in diesem Abschnitt vorerst die aktuelle Ernährungssituation in Österreich betrachtet werden.

Im Rahmen des österreichischen Ernährungsberichts 2017 wurden Daten zum Ernährungsverhalten, also zur Lebensmittel- und Getränkeaufnahme und in Folge zur Energie- und Nährstoffzufuhr österreichischer Erwachsener über 24-Stunden-Recalls ermittelt. Hier ergab sich eine mittlere Energiezufuhr von 1815 kcal pro Tag bei Frauen und von 2453 kcal bei Männern. Ausgehend von einem PAL von 1,4, welches ausschließlich sitzender Tätigkeit (keine arbeitsbezogene körperliche Aktivität) mit wenig oder keiner anstrengenden Freizeitaktivität entspricht und dem Aktivitätslevel von über 50% der Probanden entsprach, überschritten 54% der Probanden die Referenzwerte für die Energiezufuhr (51 % der Frauen, 58 % der Männer).

Des Weiteren zeigten die Befragungen eine zu hohe Fettzufuhr und eine zu geringe Aufnahmemenge an Kohlenhydraten und damit nicht den Empfehlungen entsprechende Verhältnisse der energieliefernden Nährstoffe an der Gesamtenergiezufuhr. Lediglich die Proteinzufuhr entsprach in etwa der empfohlenen. Weitere Missverhältnisse stellten sich bei der genaueren Untersuchung der Qualität aufgenommener Fette bezüglich gesättigter und ungesättigter Fettsäuren sowie bei der maximal empfohlenen Aufnahmemenge von „freiem Zucker“ (gemäß WHO Definition), welche von 88,8% der Frauen und 81,4% der Männer überschritten wurde, während die empfohlene Ballaststoffzufuhr durchschnittlich um fast ein Drittel unterschritten wurde, heraus. (Rust et al., 2017)

Die Analyse des Lebensmittel- und Getränkeverzehrs erfolgte im Vergleich mit der Österreichischen Ernährungspyramide. Hier ergab sich ein deutlich unter den Empfehlungen liegender Konsum von Obst und Gemüse, aber auch Getreide, Erdäpfel, Milch und Milchprodukte wurden in nicht ausreichenden Mengen verzehrt. Wenngleich zwischen den Geschlechtern und deren täglichen Verzehrsmengen Unterschiede bestanden, welche sich zusätzlich noch mit dem Alter veränderten, so wurden die Verzehrsempfehlungen für vorher genannte Lebensmittel und Lebensmittelgruppen dennoch im Durchschnitt weder von Männern noch von Frauen erreicht, während der empfohlene Konsum von Fleisch und Fleischprodukten, Eiern (nur Männer; Frauen im Bereich der Empfehlung), Fetten und Ölen, sowie zucker- und fettreichen Lebensmitteln wie Süßigkeiten, Snacks und Limonaden, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, von beiden Geschlechtern deutlich überschritten wurde. Besonders der Limonadenkonsum, der häufig im Zusammenhang mit der Entwicklung von

Adipositas genannt wird, war bei beiden Geschlechtern deutlich höher als empfohlen, wobei junge Männer am meisten konsumierten.



Abbildung 4. Die österreichische Lebensmittelpyramide (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen - <https://www.bmgf.gv.at/home/Ernaehrungspyramide>)

Bedenklich ist der hohe Konsum verarbeiteter, stark zucker- und fetthaltiger Lebensmittel, wie Fertiggerichten, Fastfood, Snacks, Limonaden und Süßigkeiten, bei Kindern. Diesbezügliche Daten für österreichische Schulkinder gehen aus der HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) - Erhebung 2014 hervor. Es zeigte sich, dass weniger als die Hälfte (gesamt 44%; 49% der Mädchen, 37% der Buben) der untersuchten Kinder täglich Obst und noch deutlich weniger (gesamt 31%; 35% der Mädchen, 25% der Buben) täglich Gemüse aßen, während 28% (30% der Mädchen, 26% der Buben) täglich Süßigkeiten, 16% (13% der Mädchen, 20% der Buben) täglich zuckerhaltige Limonaden und 4% (3% der Mädchen, 6% der Buben) täglich Speisen wie Pizza oder Burger konsumierten. (Rust et al., 2017; Teutsch et al., 2017)

Hinsichtlich Trends wurde seit 2006 ein steigender Anteil an Kindern, die täglich Obst und Gemüse essen, jedoch bereits seit 2002 ein steigender Anteil derer, die täglich Süßigkeiten essen, beobachtet. Der Anteil täglich Limonaden Konsumierender sank seit 2010 deutlich. Ein signifikanter Zusammenhang wurde zwischen der Wahrscheinlichkeit eines täglichen Obst- und Gemüsekonsums und dem Wohlstandsniveau der Familie gefunden. (Teutsch et al., 2017)

Insgesamt zeigte sich damit ein nicht optimales Ernährungsverhalten der österreichischen Bevölkerung.

Prinzipiell zielen ernährungstherapeutische Maßnahmen auf eine Gewichtsreduktion durch eine verminderte Energiezufuhr über Lebensmittel und Getränke ab. Im Rahmen einer Diätberatung sollen den Patienten individuell an die Therapieziele und Lebensumstände angepasste Ernährungsempfehlungen geboten werden. Die Inhalte der Beratung sollen dabei verständlich vermittelt werden und die Patienten dazu befähigen, Eigenverantwortung für Behandlung und Erfolg zu übernehmen. (DAG et al., 2014)

Zur Gewichtsreduktion von etwa 0,5 kg pro Woche soll ein tägliches Energiedefizit von 500 kcal oder mehr angestrebt und über einen längeren Zeitraum beibehalten werden, wobei darauf geachtet werden muss, dass es durch die Reduktionsdiät nicht zu negativen Gesundheitsfolgen kommt. (DAG et al., 2014) Dies kann etwa durch die Reduktion des Kohlenhydratverzehrs, die Reduktion des Fettverzehrs oder diverse andere Möglichkeiten der Makronährstoffverteilung erfolgen. (DAG et al., 2014; Haber, 2014) Die Auswahl der Methode kann daher nach persönlichen Vorlieben, jedoch unter Beachtung einer ausreichenden Mikronährstoffversorgung getroffen werden. Ein höherer Gewichtsverlust kann durch den Einsatz von Formuladiäten, die bei niedriger Energiedichte eine oder mehrere Hauptmahlzeiten pro Tag ersetzen können, erreicht werden, wobei die Intervention im Falle eines Austauschs aller Mahlzeiten gegen Formulaprodukte zeitlich begrenzt zu erfolgen hat. (DAG et al., 2014) Einseitige Ernährungsformen sollen aufgrund zahlreicher Risiken unter allen Umständen gemieden werden. Totales Fasten oder Crash-Diäten sind nicht nur risikoreich, sondern auch von nur kurzzeitigem Erfolg. Einer rapiden Gewichtsabnahme folgt oft eine noch stärkere Zunahme. Nur langfristige Behandlungskonzepte sind bei der Aufrechterhaltung erreichter Gewichtsverluste erfolgreich. (DAG et al., 2014; ÖAG, 2018)

2.2.2 Bewegungstherapeutische Ansätze

Wie bereits im Kapitel 2.1.2 *Ursachen von Übergewicht und Adipositas* erörtert, ist die steigende Adipositas-Prävalenz nicht nur auf eine Fehlernährung sondern zumindest gleichermaßen auf die zunehmende Vernachlässigung von Alltagsbewegung zurückzuführen. Über 50% der im Rahmen des österreichischen Ernährungsberichts 2017 untersuchten Erwachsenen wiesen ein PAL von nur 1,4 auf. (Rust et al., 2017) Schon laut Ergebnissen des Ernährungsberichts 2012 erreichten nur etwa 20% der Frauen und 50% der Männer das wünschenswerte PAL von 1,7. (Elmadfa et al., 2012) Bewegungstherapeutische Maßnahmen setzen daher in der Motivation zur Implementierung von mehr Alltagsbewegung, sowie Sport und Training in der Freizeit an. (DAG et al., 2014; Haber, 2014)

Der Begriff Bewegung bezeichnet in diesem Kontext eine Erhöhung des Energieumsatzes durch Muskelaktivität, wobei zwischen Alltagsbewegung (in Beruf und Freizeit) und sportlichem Training unterschieden werden sollte. Ein Unterschied besteht zum einen im unterschiedlich hohen Leistungsenergieumsatz, der in metabolischen Einheiten (MET) angegeben wird, zum anderen in der nur durch Training möglichen Verbesserung der Fitness, welche erhebliche präventive Vorteile bringt. (Ainsworth et al., 2000; Haber, 2014)

Die gesundheitlichen Vorteile körperlicher Aktivität hinsichtlich einer Senkung des Risikos für kardiovaskuläre und metabolische Erkrankungen, Infektionen, bestimmte Krebsarten, sowie hinsichtlich positiver Auswirkungen auf die Blutfettwerte, einer Steigerung der Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität sollen den Patienten klar vermittelt werden. (DAG et al., 2014; Haber, 2014) Regelmäßige Bewegung in Form von Ausdauer-, aber auch Krafttraining sollte daher in den Therapieplan aufgenommen werden. (ÖAG, 2018) Alltagsbewegung und Ausdauertraining bewirken zwar bezüglich der Blutlipide eine günstige Änderung der Cholesterinwerte zugunsten des HDL-Cholesterins bei Abnahme des LDL-Cholesterins (Haber, 2014), Krafttraining hat jedoch einen deutlich stärkeren positiven Effekt auf die Blutlipide, weshalb es speziell für die Prophylaxe und Therapie von Fettstoffwechselstörungen empfohlen wird. (Kelley & Kelley, 2009) Weiters kommt es zu einem Muskelaufbau, der einer Sarkopenie vorbeugt und zusätzlich einen erhöhten GU bedingt. (Haber, 2014; ÖAG, 2018)

Vermehrte Bewegung ohne Kompensation durch eine höhere Energieaufnahme führt zu einem Abbau von Körperfett. Welcher Nährstoff dabei eigentlich abgebaut wird ist irrelevant, von Bedeutung ist ausschließlich der Umsatz von Energie. (Haber, 2014; Strasser et al., 2007)

Laut den Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung des Bundesministeriums für Gesundheit, der Gesundheit Österreich GmbH und des Fonds Gesundes Österreich sollen Kinder und Jugendliche täglich mindestens 60 Minuten mit zumindest mittlerer Intensität körperlich aktiv sein, sowie mindestens 3 mal pro Woche muskelkräftigende und knochenstärkende Bewegungsformen durchführen. Erwachsene sollten pro Woche mindestens 150 Minuten Bewegung mit mittlerer Intensität oder 75 Minuten Bewegung mit höherer Intensität durchführen sowie mindestens 2 mal pro Woche alle großen Muskelgruppen beanspruchende, kräftigende Bewegung mit mittlerer oder höherer Intensität durchführen. (Titze et al., 2010)

Für die Umsetzung von Trainingseinheiten ist es sinnvoll, fixe Termine und Uhrzeiten für das Training festzulegen, zur Etablierung von Bewegung im Alltag ist es sinnvoll, Treppen statt Aufzüge zu benützen oder zusätzliche Strecken zu Fuß zurückzulegen indem zum Beispiel das Auto nicht direkt am Ziel geparkt wird. Gegebenenfalls kann es hilfreich sein, die Aktivität durch einen Schrittzähler zu überprüfen. (Haber, 2014)

Genauso wie eine Ernährungsumstellung muss auch die Implementierung von Bewegung im Alltag und sportlichem Training im Sinne einer Lebensstilmodifikation lebenslanglich beibehalten werden.

2.2.3 Verhaltenstherapeutische Ansätze

Allzu oft werden von Übergewicht und Adipositas Betroffene als „Gegner“ der Gesellschaft und des Gesundheitssystems dargestellt. Von der Umwelt erleben Übergewichtige laufend Schuldzuweisungen für ihre Situation. Kampagnen von Therapieeinrichtungen sowie Gesundheitsförderungsmaßnahmen verstärken durch ihre Wortwahl (z.B. „Kampf gegen Adipositas“) häufig den Eindruck eines selbstverantworteten Zustands und insbesondere Medien, die einen erheblichen Einfluss auf die Meinung der Öffentlichkeit, z.B. punkto Schönheitsideal, haben, fördern durch ihre Darstellung von Übergewichtigen deren Stigmatisierung. (Holzapfel et al., 2013; Klotter, 2007) Übergewichtige werden in den verschiedensten Lebensbereichen diskriminiert, mit zahlreichen Hindernissen und Vorurteilen konfrontiert und in ihrer Leistung oftmals unterschätzt. (Holzapfel et al., 2013) Nicht umsonst sind Übergewicht und Adipositas oft Ursachen für mangelndes Selbstbewusstsein und psychosoziale Probleme. (Faith et al., 2003; ÖGE, 2014) Studien zeigten eine deutliche Assoziation zwischen Adipositas und Depressionen. Demnach haben adipöse Menschen ein um 55% erhöhtes Risiko eine Depression zu entwickeln und depressive Menschen ein um 58% erhöhtes Risiko adipös zu werden. Ein schwächerer Zusammenhang besteht auch zwischen Übergewicht und Depression. (Luppino et al., 2010)

Essen ist ein elementarer Bestandteil des Lebens, der weder vermieden werden kann noch sollte. Ernährungsgewohnheiten werden schon sehr früh geprägt und sind schwer änderbar. Deren Modulation stellt daher einen sehr sensiblen Bereich dar. (Holzapfel et al., 2013) Weiters wird das Essverhalten durch innere und äußere Reize gesteuert. (Pudel, 2003) Geklärt werden sollte unter anderem, welche individuelle Rolle und Funktion die Nahrungsaufnahme für einen Patienten hat. So kann Essen als soziales Geschehen betrachtet werden, der Entspannung oder Belohnung dienen, oder sich in der Form von Frustessen manifestieren. Verhaltenstherapeutische Strategien müssen daher an die individuelle Situation des Patienten angepasst sein und unterschiedliche Elemente enthalten, die das Verhalten, das zur Entstehung und Aufrechterhaltung des Übergewichts beiträgt, beeinflussen können. (DAG et al., 2014) Grundlegende Aspekte wie das Gefühl für Hunger und Sättigung müssen oft neu erlernt werden. (ÖAG, 2018)

In der S3 Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ (DAG et al., 2014) sind hierfür folgende psychotherapeutische Maßnahmen und Konzepte genannt:

- Selbstbeobachtung von Verhalten und Fortschritt (Körpergewicht, Essmenge, Bewegung)
- Einübung eines flexibel kontrollierten Ess- und Bewegungsverhaltens (im Gegensatz zur rigiden Verhaltenskontrolle)
- Stimuluskontrolle
- Kognitive Umstrukturierung (Modifizierung des dysfunktionalen Gedankenmusters)
- Zielvereinbarungen
- Problemlösetraining/Konfliktlösetraining
- Soziales Kompetenztraining/Selbstbehauptungstraining
- Verstärkerstrategien (motivationale Strategien wie Belohnung von Veränderungen)
- Rückfallprävention (z.B. durch Stressmanagement)
- Strategien zum Umgang mit wieder ansteigendem Gewicht
- Soziale Unterstützung

Ein besonderes Augenmerk gilt der kognitiven Steuerung und Kontrolle des Essverhaltens, die die Wahrnehmung innerer Reize mindert während sie die Attraktivität äußerer Reize erhöht. Durch den Zielkonflikt adipöser Menschen durch die Freude am Essen auf der einen Seite und die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht auf der anderen Seite entsteht gezügeltes Essverhalten. Bei jeglicher Art des gezügelten Essens ist zu beachten, dass die Kontrollmechanismen für äußere Einflüsse anfällig sind. Menschen, die gezügelt essen, reagieren auf emotionalen Stress meist mit vermehrter Nahrungsaufnahme. (Klotter, 2007; Poligny & Herman, 1999) Die kognitive Kontrolle der Nahrungsaufnahme kann in zwei Ausprägungen, der rigiden und der flexiblen Kontrolle, erfolgen. Die rigide Kontrolle ist unrealistisch, nicht zielführend und unterliegt dem Alles-oder-Nichts-Prinzip. Der Patient untersagt sich beispielsweise jeglichen Konsum von Süßem. Wird die selbst festgelegte Grenze aber durch eine externe Störung überschritten und dadurch nicht kompletter Verzicht geübt, bricht die gesamte Kontrolle zusammen und es kommt zu einem übermäßigen Konsum des „verbotenen“ Lebensmittels. Die rigide Kontrolle des Essverhaltens begünstigt damit die Entstehung und Aufrechterhaltung von gestörtem Essverhalten. Im Gegensatz dazu wird beim Konzept einer flexiblen Kontrolle eine Langzeitstrategie angestrebt. Ein Überschreiten der Grenze kann beispielsweise durch Bewegung oder weniger essen am nächsten Tag kompensiert werden. Diese Art der Kontrolle erlaubt damit den Genuss des Essens und ermöglicht gegebenenfalls Korrekturen. Das Gefühl eines Misserfolges stellt sich daher nicht ein. (DAG et al., 2014; Klotter, 2007; Pudel, 2003)

Für einen langfristigen Erfolg der Verhaltensmodifikation sind somit der Abbau rigider Kontrollmechanismen, das Erlernen flexibler Verhaltenskontrolle, eine Entlastung von Schuldvorwürfen, Stressbewältigungstraining, sowie Selbstbeobachtung, realistische Zielsetzung und Misserfolgsprophylaxe entscheidend. (Klotter, 2007; Munsch & Margraf, 2003; ÖAG, 2018; Pudel, 2003)

2.2.4 Medikamentöse Behandlung der Adipositas

Eine Indikation zur medikamentösen Therapie besteht, wenn trotz Diätmaßnahmen und ausreichend körperlicher Aktivität keine oder eine nur unzureichende Gewichtsreduktion erreicht wird. Diese Art der Behandlung darf jedoch nicht als alleinige, sondern nur unterstützend und in Kombination mit dem Basisprogramm aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie, sowie ausschließlich bei wirklichem Bedarf erfolgen. (DAG et al., 2014; ÖAG, 2018) Voraussetzung für die Empfehlung einer medikamentösen Behandlung ist ein BMI ≥ 28 kg/m² bei gleichzeitigem Vorliegen von Risikofaktoren und/oder Komorbiditäten oder ein BMI ≥ 30 kg/m², in beiden Fällen unter der Bedingung einer nicht zufriedenstellenden Gewichtsabnahme von weniger als 5% des Ausgangsgewichts innerhalb von sechs Monaten unter Basistherapie oder einer Gewichtszunahme von über 5% des Ausgangsgewichts innerhalb von sechs Monaten nach erfolgter Gewichtsreduktion. (DAG et al., 2014)

Zur medikamentösen Behandlung der Adipositas ist derzeit nur der intestinale Lipasehemmer Orlistat zugelassen. Die Wirkung besteht in einer Reduktion der Absorption von Nahrungsfetten und daraus resultierender geringerer Energieaufnahme. (DAG et al., 2014; Lechleitner, 2014; ÖAG, 2018) Auf dem Markt ist Orlistat z.B. unter dem Namen Xenical oder auch - als nicht verschreibungspflichtiges Medikament bei der halben Wirkstoffmenge - unter dem Namen Alli.

Nicht-zugelassene Arzneimitteln zur Gewichtsreduktion sollen unter keinen Umständen Anwendung finden. Beim Einsatz dennoch häufig verwendeter Substanzen wie Amphetaminen, Diuretika, HCG, Testosteron, Thyroxin und Wachstumshormonen können gefährliche Nebenwirkungen auftreten. Ebenso wenig sollen Medizinprodukte und Nahrungsergänzungsmittel ohne nachgewiesenen Nutzen bei gleichzeitiger Unsicherheit in Bezug auf mögliche Risiken angewandt werden.

Adipösen Patienten mit Typ 2 Diabetes mellitus kann bei unzureichender glykämischer Kontrolle mit Metformin die Anwendung von GLP-1 Rezeptor Agonisten und SGLT-2-Inhibitoren, die einen Gewichtsverlust bewirken, empfohlen werden. (DAG et al., 2014)

2.2.5 Chirurgische Maßnahmen

Bei Patienten mit schwerer Adipositas, bei denen sich nach Ausschöpfung aller konservativen Therapiemaßnahmen kein zufriedenstellender Gewichtsverlust einstellt, kann unter folgenden Bedingungen ein chirurgischer Eingriff in Frage kommen:

- BMI ≥ 40 kg/m² (Adipositas Grad III)
- BMI ≥ 35 bis < 40 kg/m² (Adipositas Grad II) bei gleichzeitigem Vorliegen von erheblichen Komorbiditäten wie Typ 2 Diabetes mellitus, Hypertonie, koronarer Herzkrankheit, Gelenksproblemen, Schlafapnoe
- BMI >30 bis <35 kg/m² (Adipositas Grad I) bei Patienten mit Typ 2 Diabetes mellitus (Sonderfälle)

(DAG et al., 2014; ÖAG, 2018)

Konservative Versuche einer Gewichtsabnahme gelten als erschöpft wenn sich nach insgesamt mindestens 6 Monaten Basistherapie weder durch ernährungsmedizinische Maßnahmen, noch durch Bewegungstherapien und Trainings, noch durch verhaltenstherapeutische Maßnahmen Erfolge einstellen.

In weiteren Sonderfällen ist eine chirurgische Behandlung im Fall von einem vorliegenden BMI > 50 kg/m² bei gleichzeitig besonderer Schwere der Komorbiditäten, die mitunter keinen Aufschub einer sofortigen Gewichtsabnahme zulassen, auch ohne vorher durchgeführtes aber gescheitertes konservatives Therapieprogramm möglich, wenn zusätzlich aufgrund psychosozialer Umstände des Patienten keine Erfolgsaussichten bei Durchführung einer konservativen Therapie bestehen. (DAG et al., 2014)

Die Adipositas-Chirurgie, auch bariatrische oder metabolische Chirurgie genannt, umfasst ein Spektrum übergewichtsreduzierender Operationstechniken, wobei die Operationen nach ihren Auswirkungen in "restriktive Methoden", die das Magenvolumen verkleinern und damit weniger Nahrungsaufnahme zulassen, und "malabsorptive Methoden", bei denen die Resorption von Nährstoffen reduziert wird, unterschieden werden. (MedUni Wien, 2018; Universitätsklinikum Freiburg - Zentrum für Adipositas & Metabolische Chirurgie, 2018)

Übergewichtschirurgische Eingriffe umfassen den Roux-Y-Magenbypass, den Omega-Loop-Bypass, die Sleeve-Gastrektomie (Schlauchmagen) sowie die biliopankreatische Diversion mit oder ohne Duodenal-Switch. Der Magenbypass, ein vorwiegend restriktives Verfahren mit malabsorptiver Begleitwirkung, stellt die am häufigsten angewandte Adipositas-chirurgische Methode dar. Durch die Entfernung eines Teils des Magens kommt es aufgrund der Verkleinerung zum einen zu einer Restriktion der Nahrungsaufnahme, zum anderen zu einer verringerten Hormonproduktion im Magen. Risiken stellen eine mögliche Dumping-

Symptomatik, sowie eine Malabsorption von Mikronährstoffen dar. Die höchste Diabetes-remissionsrate bewirkt die biliopankreatische Diversion, welche aber ebenfalls mit einer erhöhten, unter Umständen folgeschweren Malabsorption einhergeht. (AGA, 2012; ÖAG, 2018)

Vorteile einer chirurgischen Therapie sind beispielsweise die rasche Remission bzw. Normalisierung hinsichtlich Typ 2 Diabetes mellitus und Insulinresistenz, Hyperglykämie, Dyslipidämie, Blutdruck und Schlafapnoe-Syndrom. (DAG et al., 2014; MedUni Wien, 2018; Prager et al., 2013; Universitätsklinikum Freiburg - Zentrum für Adipositas & Metabolische Chirurgie, 2018) Ein Adipositas-chirurgischer Eingriff kann Typ 2 Diabetes mellitus heilen (Rubino & Gagner, 2002;), wodurch in Folge einer Operation eine Insulintherapie häufig gar nicht mehr nötig ist. (Universitätsklinikum Freiburg - Zentrum für Adipositas & Metabolische Chirurgie, 2018) Einerseits kann durch Adipositas-Chirurgie viel Leid und Geld gespart, das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko gesenkt und die Lebensqualität verbessert werden, andererseits darf ein chirurgischer Eingriff unter keinen Umständen als schnelle und einfache Lösung des Übergewichtsproblems gesehen werden. (ÖAG, 2018) Patienten müssen im Vorfeld genau über die Vorgehensweise, den Nutzen und Risiken informiert werden. Mögliche Kontraindikationen wie instabile psychopathologische Zustände, Essstörungen und schwere Grunderkrankungen müssen vor dem Eingriff abgeklärt werden. (DAG et al., 2014)

Eine negative Folge chirurgischer Eingriffe sind nutritive Defizite, weshalb abhängig vom Operationsverfahren regelmäßige Laboruntersuchungen im Hinblick auf die Mikronährstoffversorgung nötig sind. (DAG et al., 2014) Um Problemen nach erfolgter Operation vorzubeugen, ist eine lebenslange Nachsorge im Sinne einer regelmäßigen und interdisziplinären Nachbetreuung, sowie eine Supplementierung mit Vitaminen und Mineralstoffen im Falle einer malabsorptiven Methode, wichtig. (DAG et al., 2014; Stroh et al., 2013)

Eine Folge des normalerweise schnellen und hohen Gewichtsverlusts nach erfolgter Operation ist ein Hautüberschuss in Form von leeren Hautlappen. (DAG et al., 2014) Bei 15-30% der Patienten sind plastisch-chirurgische Eingriffe nötig, um diese zu entfernen. (AGA, 2012) In Österreich werden die Kosten für diese Eingriffe bei Gewichtsabnahmeerfolg von der Krankenkasse übernommen.

Bei schwer übergewichtigen Minderjährigen ist die Entscheidung für eine Operation besonders schwierig. Die Effektivität chirurgischer Maßnahmen bei Jugendlichen bezüglich einer Gewichtsreduktion und Verbesserung der Lebensqualität wurde zwar bereits durch eine Vielzahl klinischer Studien belegt, potentiellen Langzeitrissen und Folgeerkrankungen muss bei dieser

sensiblen Personengruppe aber besondere Beachtung geschenkt werden. (AGA, 2012) Kritisch zu betrachten sind beispielsweise die niedrigen die Einnahme von notwendigen Supplementen betreffenden Adhärenzraten. Eine Untersuchung zeigte, dass nur 14% der Jugendlichen nach einem Magenbypass die empfohlenen Nahrungsergänzungsmittel einnahmen. (Treadwell et al., 2008) Eine Nutzen-Risiko Abwägung ist nur schwer möglich, weshalb eine chirurgische Maßnahme nur nach sorgfältiger Einzelfallprüfung und spezieller Vorbereitungsschulung erfolgen darf. (Lennerz et al., 2014)

Laut Empfehlung 5.51 der S3 Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ sollen zum Zwecke der Qualitätssicherung und zur Verbesserung der Versorgungsqualität alle durchgeführten gewichtsreduzierenden Eingriffe in einem zentralen nationalen Register erfasst werden. (DAG et al., 2014) Dies wurde in Österreich am 1.1.2017 mit der Einführung des Registers der Österreichischen Gesellschaft für Adipositas- und Metabolische Chirurgie (ÖGAMC) verwirklicht. In einer anonymisierten Qualitätssicherungs-Datenbank werden alle übergewichtschirurgischen Eingriffe in Österreich erfasst. Spezialisierte Institutionen, die an der Maßnahme teilnehmen, werden auf der Website der ÖGAMC als Referenzzentrum mit ihrem jeweiligen Operationsangebot angeführt. (ÖGAMC, 2018)

2.2.6 Alternative Heilansätze

Neben schulmedizinischen Behandlungsmethoden der Adipositas existiert auch eine ganze Reihe nicht wissenschaftlich fundierter Methoden zur Gewichtsreduktion, wie alternativmedizinische Therapien und traditionelle Heilmethoden. Auch diese sollen an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, stellen sie doch ebenfalls einen Versuch der Hilfestellung für Betroffene dar.

Als Beispiele zu nennen wären etwa Diäten in Form einer Ernährung nach der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) oder Ayurveda, Heilfastkuren, die Einnahme bestimmter Kräuter, Nahrungsergänzungen oder homöopathischer Mittel, denen man eine gewichtsreduzierende Wirkung nachsagt, sowie diverse Wellnessangebote, die auf Körperfettreduktion oder Wohlbefinden abzielen. Auch diese Maßnahmen können, abhängig von persönlichen Präferenzen eines Patienten, einer gesundheitsfördernden Lebensstilmodifikation dienlich sein. Zumindest der Effekt auf die psychische Komponente sollte nicht außer Acht gelassen werden, da auch auf diese Weise ein positiver Nutzen für die Gesundheit erreicht werden kann.

3 Methodik

In diesem Kapitel erfolgt die Darstellung der Methoden und des für die Erhebung erforderlichen Materials.

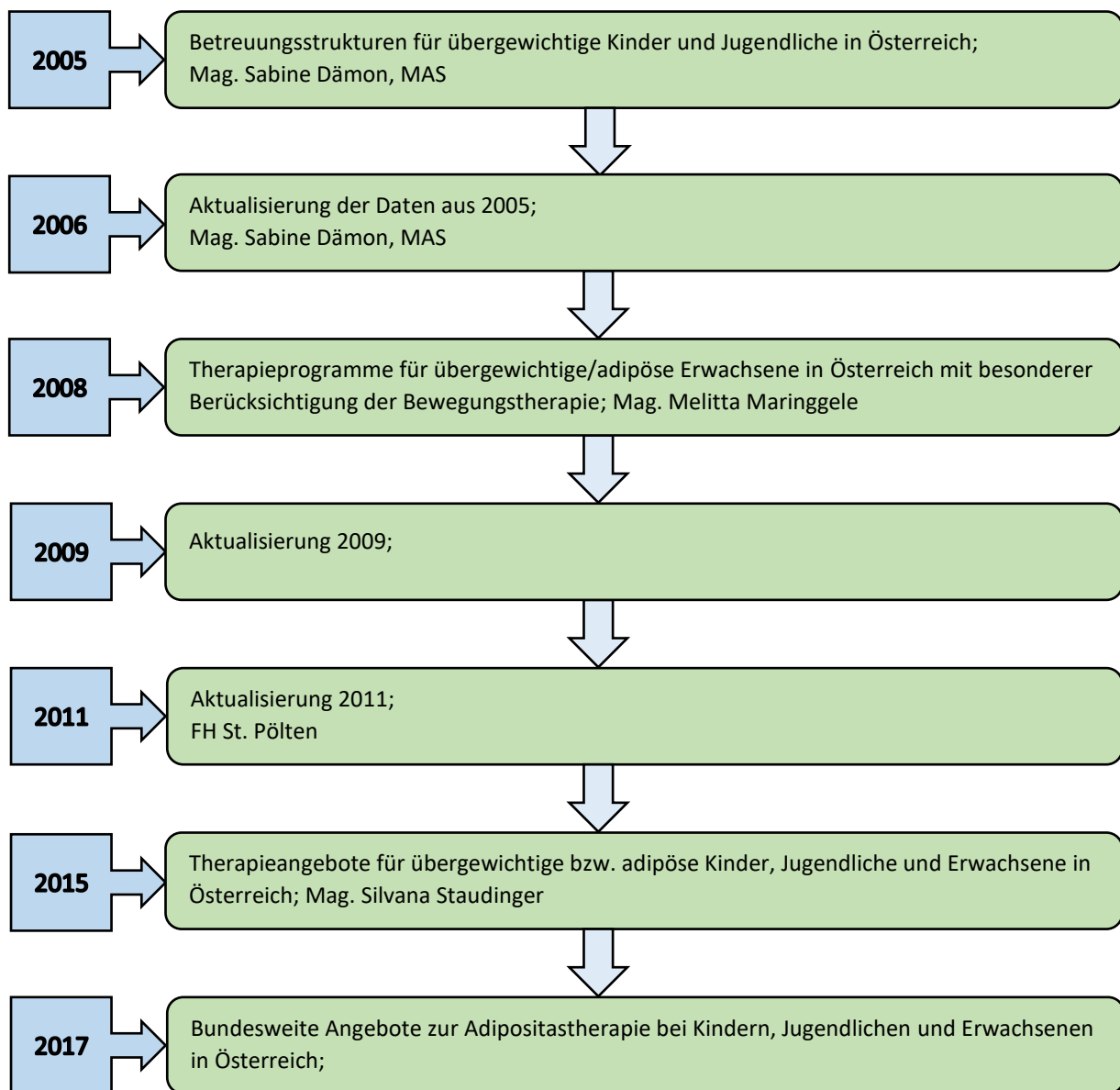
3.1 Zielsetzung der Arbeit

Im Rahmen der gegenständlichen Arbeit am Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien wurde in Zusammenarbeit mit dem vorsorgemedizinischen Verein SIPCAN und mit Unterstützung der Österreichischen Adipositas Gesellschaft (ÖAG) sowie der Medizinischen Universität Wien die zuletzt 2015 beschriebene Thematik zur Situation der Adipositastherapie in Österreich erneut aufgegriffen und die Übersicht aktualisiert.

Zudem dienten die Ergebnisse als Grundlage zur Erstellung von zwei Broschüren mit aktuellen Adipositas-Therapieangeboten. Diese ermöglichten eine übersichtliche, nach Bundesländern und Bezirken geordnete Auflistung der Betreuungsstrukturen sowie eine kurze Beschreibung der Angebote. Hilfesuchende sollen, mit dem Ziel eines erleichterten Zugangs zu geeigneter und professioneller Hilfe, schnell und einfach mögliche Kontaktadressen und Kontaktpersonen finden und Informationen zum Setting, in dem eine Therapie stattfindet, dem Behandlungsbeginn und damit einem möglichen Einstiegstermin, der Betreuungsstruktur bezüglich Einzel- oder Gruppentherapie, der Therapiedauer und Therapieform, der betreuten Altersgruppe, einer möglichen bzw. vorgesehenen Nachbetreuung, der Finanzierung der Therapie, der Erfahrung der Einrichtung in Jahren, sowie den beteiligten Professionen erhalten. Jene Broschüren stehen auf der Website des vorsorgemedizinischen Vereins SIPCAN (www.sipcan.at) zum kostenlosen Download zur Verfügung.

Ein weiteres Ziel dieser Arbeit war der weitere Ausbau des Adipositas-Netzwerks der Österreichischen Adipositas Gesellschaft. So hatten an der Umfrage Teilnehmende durch eine Einverständniserklärung am Ende des Fragebogens die Möglichkeit, sich zu einer Aufnahme in die Broschüren, sowie zu einer zukünftigen Listung ihrer Institution auf der Website des Adipositas-Netzwerks bereitzuerklären.

Zeitlicher Verlauf der Erhebungen:



3.2 Forschungsfrage

Das zentrale Interesse der gegenständlichen Arbeit gilt den bundesweiten Angeboten zur Adipositas-therapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in Österreich. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Aktualisierung anhand einer Bestandsaufnahme der Betreuungsstrukturen, um Veränderungen im Therapieangebot sowie Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen und deren Programmen herauszuarbeiten.

3.2.1 Fragestellungen und Hypothesen

Zur Beantwortung der Forschungsfrage waren zwei Hauptaspekte von besonderer Bedeutung:

- 1) Hat sich seit der letzten Erhebung das Adipositas-Therapieangebot in Österreich verändert und wenn ja, inwiefern?
- 2) Gibt es zwischen den einzelnen Einrichtungen Unterschiede im Adipositas-Therapieangebot und wenn ja, welche?

Aus den Fragestellungen waren jeweils die folgenden Hypothesenpaare entsprechend abzuleiten und zu formulieren:

Nullhypothesen H_0 :

- 1) Seit der letzten Erhebung im Jahr 2015 hat sich das Adipositas-Therapieangebot in Österreich nicht verändert.
- 2) Es gibt zwischen den einzelnen Einrichtungen keine Unterschiede im Adipositas-Therapieangebot.

Alternativhypothesen H_1 :

- 1) Seit der letzten Erhebung im Jahr 2015 hat sich das Adipositas-Therapieangebot in Österreich verändert.
- 2) Es gibt zwischen den einzelnen Einrichtungen Unterschiede im Adipositas-Therapieangebot.

3.3 Studiendesign und Rekrutierung

Die vorliegende, prospektive Studie basiert auf einer Statuserhebung im Zeitraum November 2017 bis Februar 2018, womit der Ist-Zustand in Form eines Querschnittsdesigns erhoben werden sollte. Als vorab festgelegtes Einschlusskriterium im Rahmen der Rekrutierung von Teilnehmenden für die Umfrage waren all jene Einrichtungen und Personen von Interesse, die mit Adipositas-therapieangeboten in Verbindung gebracht werden können. Anzuführen ist, dass

in den meisten Fällen keine Vorselektion bezüglich vorhandenem oder nicht vorhandenem speziellen Adipositasprogramm erfolgte.

Jene recherchierten Institutionen und Einrichtungen, welche das Einschlusskriterium erfüllten, wurden einerseits persönlich und zudem, sofern organisatorisch möglich, von übergeordneten Stellen zur Teilnahme via E-Mail eingeladen. Hierzu war es erforderlich, eine aktuelle, wertungsfreie Kontaktliste für die Einladung zur Umfrageteilnahme zu erstellen.

Als Basis wurde vorerst die Kontaktadressenliste aus dem Jahr 2015, welche aus den Kontaktadressen der früheren Erhebungen 2005/06 und 2008/09 und Ergänzungen aus dem Jahr 2014 bestand, herangezogen. Diese Adressliste, die in Form einer Excel-Tabelle vorlag, wurde mittels Internetrecherche überarbeitet und aktualisiert. Auffällig dabei war, dass ein vergleichsweise hoher Anteilswert an Kontaktdaten zu aktualisieren war, obwohl die letzte Erhebung erst drei Jahre zurücklag. Die Aktualisierung der Kontaktliste von 2014/15 und Recherche neuer Kontaktdaten nahm insgesamt zwei Monate von Mitte September bis Mitte November 2017 in Anspruch.

Es gab darunter auch viele Kontakte von der aktuell nicht mehr existierenden Website „Schlank ohne Diät“ (www.sod.at), die auch nach eingehender Suche mithilfe von Namen, Telefonnummer, E-Mail-Adresse und auch Wohnadresse nicht mehr aufgefunden werden konnten. Jene Kontakte verblieben mit entsprechender Kennzeichnung dennoch in der Kontaktliste, um zumindest über die damals angegebene E-Mail-Adresse ein Erreichen jener Personen zu versuchen. Die Liste wurde somit vollständig übernommen. Allerdings wurde sofort nach der ersten Aussendung der E-Mails durch Fehlermeldungen bei der Zustellung ersichtlich, dass diese Adressen größtenteils nicht mehr gültig waren.

Im nächsten Schritt wurde die Website des Adipositas-Netzwerk Österreich, das eine Suchmaschine mit Adipositastherapie anbietenden Einrichtungen und deren Leistungen in den Bereichen der Ernährungsberatung, Bewegungstherapie und psychologischen sowie ärztlichen Betreuung bietet, zur Suche herangezogen. Noch nicht in der Kontaktliste befindliche Kontakte wurden zu den bestehenden hinzugefügt, bereits vorhandene auf Vollständigkeit geprüft und gegebenenfalls ergänzt. Von insgesamt 195 Kontakten (Stand Oktober 2017), die sich bereits ins Adipositas-Netzwerk eingetragen hatten, waren 57 in der alten Kontaktliste vertreten. Diese Suche erbrachte somit 138 neue Kontakte.

Die Homepage der Österreichischen Adipositas Gesellschaft (www.adipositas-austria.org) bietet unter dem Punkt Therapieangebote unter anderem die Broschüre „Betreuungsstrukturen für übergewichtige Kinder und Jugendliche“ aus dem Jahr 2005, sowie deren Aktualisierung aus

dem Jahr 2006, Informationen zu Angeboten für übergewichtige Kinder und Jugendliche in Salzburg und die beiden Broschüren mit Angeboten für Kinder und Jugendliche beziehungsweise für Erwachsene aus dem Jahr 2015. Jene Broschüren von 2015, sowie die Angebote für übergewichtige Kinder und Jugendliche in Salzburg wurden ebenfalls herangezogen und lieferten weitere 32 neue E-Mail Adressen, wobei für zugehörige Personen oder Einrichtungen in einigen Fällen schon andere E-Mail Adressen zur Verfügung standen. Der Vollständigkeit halber wurden aber, auf die Gefahr einer Mehrfachzustellung hin, trotzdem alle noch nicht vorhandenen E-Mail Adressen übernommen.

Der „Österreichische Rehabilitationskompass“ (www.rehakompass.goeg.at), ein elektronisches Rehabilitationshandbuch der Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, das zur Suche verfügbarer Rehabilitationsmöglichkeiten im stationären Bereich dient, wurde ebenfalls zur Suche nach neuen und zu aktualisierenden Kontakten herangezogen und lieferte 17 neue Kontakte. Während bei der letzten Erhebung nur die allgemeinen E-Mail Adressen recherchiert wurden, wurden nun zusätzlich auch die Kontaktdaten der ärztlichen Leitung in die Kontaktliste aufgenommen.

Wurde für der letzten Erhebung 2015 der „Österreichische Spitalskompass“ herangezogen, um gezielt nach Krankenhäusern mit Spezialambulanzen für Kinder und Jugendliche, internen Abteilungen mit Stoffwechselambulanzen oder speziellen Adipositasambulanzen und chirurgischen Abteilungen, die bariatrische Chirurgie anbieten, zu suchen, so wurden nun jene Daten aktualisiert und mithilfe der Website der ÖAG, die unter dem Punkt Ambulanzen eine nach Bundesländern geordnete Liste Österreichischer Krankenhäuser mit Schwerpunkt Adipositastherapie bietet, sowie mithilfe der Website des Verein Fettsucht (www.fettsucht.at), einer Informationsplattform zum Thema Adipositas, die ebenfalls eine Liste mit Ambulanzen und Ärzten bietet, ergänzt. Auffällig war, dass Ansprechpersonen wie Oberärzte der jeweiligen Abteilungen in vielen Fällen nicht mehr dieselben waren wie noch im Zeitraum der letzten Erhebung.

Ebenso wurden alle auf der Website des „Vereins Fettsucht“ befindlichen Kontaktadressen der Vorstandsmitglieder sowie der Ansprechpersonen der Selbsthilfegruppen des Vereins in die Kontaktliste aufgenommen.

Wie auch bei der letzten Erhebung wurde die Homepage des Verbandes der Diätologen Österreichs (www.diaetologen.at) erneut in die Recherche eingebunden. Abgesehen von

zahlreichen Aktualisierungen wurde dadurch die Aufnahme 52 neuer Kontakte in die Liste möglich.

Das Branchenbuch österreichischer Unternehmen der Wirtschaftskammer (www.firmen.wko.at) und HEROLD (www.herold.at) wurden ebenfalls zur weiteren Recherche herangezogen. Hier wurden Suchbegriffe wie „Ernährungswissenschaftler“, „Diätologe“ oder „Ernährungsberatung“ verwendet um weitere Vertreter dieser Berufsgruppen im niedergelassenen Bereich ausfindig zu machen.

Zuletzt wurde noch die Website www.psychologen.at zur Suche herangezogen. Hier gibt es unter anderem die Möglichkeit den thematischen Arbeitsschwerpunkt „Adipositas“ auszuwählen. Auf diese Weise konnten 47 neue PsychologInnen und PsychotherapeutInnen, die sich auf die Betreuung adipöser Patienten spezialisiert haben, ausfindig gemacht werden.

Zusätzlich befanden sich, wie auch bei der letzten Erhebung, insgesamt 4 Einrichtungen aus Deutschland aufgrund der geographischen Nähe zu Österreich in der Kontaktliste.

Der Vollständigkeit halber wurden alle verfügbaren E-Mail Adressen in die Liste aufgenommen, auch wenn sich dadurch für ein und dieselbe Person oder Einrichtung oftmals mehr als eine Adresse ergab, womit die hohe Anzahl an ausgesendeten Umfrageeinladungen zu erklären ist.

Insgesamt ergab die Recherche 1780 E-Mail Adressen in 1177 Institutionen. Wie bei der letzten Erhebung wurde erneut eine Excel-Tabelle mit allen Kontaktdaten getrennt nach Bundesländern erstellt, allerdings wurden Institutionen oder Personen, die in mehreren Bundesländern vertreten sind bzw. praktizieren zusammengefasst und entsprechend gekennzeichnet.

Tabelle 6 Häufigkeiten und Anteilswerte bezüglich der Kontaktadressen (n = 1780)

	Wien	Bgld	NÖ	OÖ	Sbg	Stmk	Ktn	Tir	Vbg	D	Sonst.*	Gesamt
Kontaktadressen	416	68	322	284	149	207	110	144	44	11	25	1780
% gerundet	23,4 %	3,8 %	18,1 %	16,0 %	8,4 %	11,6 %	6,2 %	8,1 %	2,5 %	0,6 %	1,4 %	

(Bgld = Burgenland; NÖ = Niederösterreich; OÖ = Oberösterreich; Sbg = Salzburg; Stmk = Steiermark; Ktn = Kärnten; Tir = Tirol; Vbg = Vorarlberg; D = Deutschland)

* dem Punkt „Sonstige“ wurden jene Kontakte zugeordnet, die Online Betreuung anbieten oder die keinem fixen Standort zugeordnet werden konnten;

3.4 Erhebungsinstrument

Für die Erfassung der relevanten Daten wurde den Zielpersonen in den entsprechenden Einrichtungen der Online-Link zum Fragebogen „Therapieangebot für übergewichtige bzw. adipöse Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Österreich - Eine Erhebung in Zusammenarbeit von SIPCAN, der Universität Wien, der MedUni Wien und der Österreichischen Adipositas Gesellschaft“ zugänglich gemacht. Das vorgegebene Erhebungsinstrument für die aktuelle Erhebungswelle 2017/18 kann dem Anhang 6.5 *Fragebogen* entnommen werden.

Der für die Umfrage vorgelegte Fragebogen umfasst inklusive der soziodemographischen Angaben aktuell 91 Fragen und ist in 10 Abschnitte gegliedert. Die Items waren einerseits in geschlossenem Antwortformat zu bearbeiten, wobei Single-Choice und auch Mehrfachnennungen möglich waren. Für Anmerkungen waren zudem Kommentarfelder mit offenem Antwortformat vorgesehen.

Da sich die Forschungsfrage gegenüber der letzten Erhebung nicht verändert hat, wurde der schon etablierte Fragebogen weiterverwendet, um eine Vergleichbarkeit mit früheren Erhebungswellen gewährleisten zu können. Somit blieben der Basisfragenkatalog sowie das Grundsystem der Arbeit gleich. Es wurden jedoch geringfügige Modifikationen im Fragebogen vorgenommen. So wurde das Erhebungsinstrument um ein neues Kapitel mit dem Titel „Medikamentöse Therapie und alternative Behandlungsmethoden“ ergänzt. Durch die Aufnahme neuer Fragen sollen auch jene Einrichtungen, die alternative oder medikamentöse Therapie anbieten, künftig berücksichtigt werden.

Dieses eigenständige Kapitel im Fragebogen umfasst die Thematik medikamentöse Therapie anhand der Frage „Bieten Sie in Ihrer Einrichtung medikamentöse Therapien (z.B. Orlistat) an bzw. werden Medikamente zur Behandlung von Übergewicht von Ihnen/Ihrer Institution eingesetzt oder verschrieben?“ sowie die bei Bejahung nachfolgende Frage nach der Art der Medikamente („Wenn ja, welche?“). Zudem wurde der Bereich alternative Behandlungsmethoden mit der Frage „Bieten Sie in Ihrer Einrichtung alternativmedizinische Therapien (z.B. Homöopathie, Bachblüten) oder traditionelle Heilmethoden (z.B. TCM, Ayurveda) an?“ sowie die bei Bestätigung nachfolgende Frage nach der Art der alternativen Behandlungsmethode („Wenn ja, welche?“) erhoben.

Ebenso wurden Fragen aus dem Erhebungsinstrument von 2015 entfernt. Hierzu zählen die Frage "Wären Sie/Ihre Institution bereit eine Fortbildung zu besuchen, die im Rahmen des Adipositas-Netzwerks angeboten wird? (Ziel dieser Fortbildungen wäre es, allen Berufsgruppen, die sich im Bereich der Adipositastherapie engagieren, ein Basiswissen zu vermitteln und so die

Qualität zu sichern.)", da eine solche Fortbildung von Seiten des Adipositas-Netzwerks momentan nicht geplant ist, sowie die Frage „Wäre es für Sie/Ihre Institution interessant im Rahmen eines Adipositas-Netzwerkes genannt zu werden? (Ziel des Netzwerkes wäre sowohl interessierten Betroffenen kompetente Ansprechpartner aufzulisten als auch ProfessionistInnen Möglichkeiten zur Vernetzung zu liefern.)“, da das Adipositas-Netzwerk mittlerweile existiert. Stattdessen, und, wie bereits erwähnt, zum Zwecke des weiteren Ausbaus des Netzwerkes, wurde am Ende des Fragebogens folgende Einverständniserklärung eingefügt: „Die Studienergebnisse werden in Form einer Broschüre auf www.sipcan.at zum kostenlosen Download zur Verfügung gestellt. Mit Ihrer Teilnahme stimmen Sie außerdem zu, dass Ihre Institution auf der Website des Adipositas-Netzwerk der Österreichischen Adipositas Gesellschaft (www.adipositasnetzwerk.at) als Therapie anbietende Institution gelistet wird. Diese Listung ist kostenlos und kann jederzeit widerrufen werden.“ Damit wurde das Einverständnis der Teilnehmenden dokumentiert.

Der Fragebogen wurde bereits anlässlich der Umfrage 2015 von Frau Dr. Maria Wakolbinger, MSc, mittels des Online-Umfrage-Tools LimeSurvey, auf dessen Website die Umfrage verfügbar ist, ins Online-Format gebracht. Somit konnte die Umfrage nach vorher beschriebenen Änderungen wieder aktiviert werden.

Ebenso wurde das Erhebungsinstrument bereits bei den letzten Erhebungen auf Praxis-tauglichkeit und Verständlichkeit getestet. Daher war nach den oben angeführten geringfügigen Modifikationen zu den genannten Aspekten keine weitere Pre-Testung erforderlich. Lediglich eine Prüfung auf Funktion des Online-Tools wurde durchgeführt.

3.5 Datenerhebung

3.5.1 Aussendung

Nach Aktualisierung und Erweiterung der Kontaktliste wurde der Link zum Fragebogen mit Einladung zur Teilnahme per Mail an alle recherchierten E-Mail-Adressen versandt. Für die Administration der Aussendung wurden zwei E-Mail Adressen erstellt (sipcan.adipositastherapie@gmail.com und adipositastherapie.sipcan@gmail.com).

Der Erhebungszeitraum lag zwischen 20. November 2017 und 14. Februar 2018, wobei die erste Aussendung am 20. November 2017 erfolgte. Im Falle von Benachrichtigungen über ungültige E-Mail Adressen über das E-Mail Programm wurden jene betroffene Adressen zuerst auf Tippfehler kontrolliert, im Falle weiterer Unzustellbarkeit wurde nach alternativen E-Mail Adressen gesucht.

Die zweite Aussendung, gekennzeichnet als Erinnerung an die noch laufende Umfrage, erfolgte zwei Wochen nach der ersten am 4. Dezember 2017. Eine dritte Aussendung war zunächst erneut zwei Wochen später für den 18. Dezember 2017 geplant. Aufgrund der zeitlichen Nähe zu Weihnachten sowie darauffolgender Feiertage und Urlaube, während derer keine Teilnahmen zu erwarten waren, wurde die dritte und letzte Aussendung auf den 8. Jänner 2018 verschoben.

Bei der zweiten und dritten Aussendung wurde darauf geachtet, Personen, die bereits teilgenommen hatten, aus dem Verteiler zu nehmen.

Zusätzlich zu den schon beschriebenen Aussendungen schickten die Österreichische Adipositas Gesellschaft (ÖAG) sowie der Verband der Ernährungswissenschaftler Österreich (VEÖ) die Information mit Link zum Fragebogen an ihre Mitglieder aus. Der Bitte um Weiterleitung an im Adipositastherapiebereich tätige Personen kamen auch mehrere weitere übergeordnete Stellen nach. Auch waren einige Kontaktierte, die selbst nicht an der Umfrage teilnahmen, bereit, per Mail weitere Ansprechpersonen und Kontaktadressen zu nennen.

Des Weiteren gab es im Fragebogen die Möglichkeit weitere Kontaktadressen zu nennen. Bei den zwischen den Aussendungen erfolgenden Zwischenbilanzen wurden diese Kontakte erfasst und gegebenenfalls in den Verteiler aufgenommen.

3.5.2 Bearbeitungszeit

Bezüglich der für die vollständige Beantwortung des Fragebogens nötigen Bearbeitungszeit wurde in der Einladung zur Umfrage eine Dauer von 12-15 Minuten angegeben.

Zudem war es möglich die Befragung zu pausieren und zu einem späteren Zeitpunkt fertigzustellen. Durch die Berücksichtigung der individuellen Online-Bearbeitungszeiten aller vollständig ausgefüllten Fragebogenprotokolle ($n = 205$) ergaben sich Mittelwert, Median sowie Minimum und Maximum der für die Umfrage benötigten Zeit. Die ermittelte mediane Netto-Bearbeitungszeit belief sich auf etwa 18 Minuten und 20 Sekunden. Das Minimum lag bei 6:04 Minuten.

3.6 **Datenschutz und -management**

3.6.1 Datenschutz und ethische Überlegungen

Der Umgang mit den sensiblen Daten, die im Rahmen der Erhebung gewonnen wurden, wurde einerseits durch die strikte Wahrung der Zugänglichkeit und andererseits durch die Pseudonymisierung der Protokolle erreicht. Zudem wurden die Analysen, so wie in der

Teilnahmeinstruktion kommuniziert, vollständig anonymisiert durchgeführt, sodass aus den Ergebnissen keinerlei Rückschlüsse auf Teilnehmende gezogen werden können. Hiervon waren jene Angaben ausgenommen, die in den Broschüren mit den Arbeitstiteln „Therapieangebote für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche in Österreich“ und „Therapieangebote für übergewichtige und adipöse Erwachsene in Österreich“ publiziert werden sollten. Die Genehmigung für die Übernahme der entsprechenden Daten und Informationen war von den Teilnehmenden explizit im Rahmen der Erhebung zu bestätigen. Die ethischen Aspekte können demnach als erfüllt angesehen werden, sodass einerseits kein Schaden durch die Studienteilnahme zu erwarten war, andererseits die Aufnahme in die Broschüren sowie ins Adipositas-Netzwerk Österreich als positiver Mehrwert und Vorteil gesehen werden kann.

3.6.2 Haupt- und Nebengütekriterien der Erhebung

In diesem Abschnitt erfolgt die Darstellung der Gütekriterien der gegenständlichen Erhebung, die mittels eines nicht-validierten Erhebungsinstruments durchgeführt wurde.

So sollte der herangezogene Online-Fragebogen, der bei früheren Erhebungen bereits erfolgreich angewandt sowie auf Verständlichkeit und Funktion getestet wurde, keine Limitation im Hinblick auf die Aussage der vorliegenden Studie darstellen.

Betrachtet man vorerst die Hauptgütekriterien, so sind Reliabilität und Validität beim vorliegenden Instrument kein zentrales Thema, da es sich um eine Faktenerhebung handelt. Untersucht wurden demnach Eckdaten, Häufigkeiten sowie Eigenschaften. (Moosbrugger & Kelava, 2012) Bezüglich Objektivität kann die Verrechnungssicherheit bei der Auswertung des Fragebogens mittels Statistikprogrammen als gegeben angenommen werden. Ebenso war die Testleiterunabhängigkeit gewährleistet, da der Fragebogen im Onlineformat vorlag. Zumindest bei den geschlossenen Antwortformaten ist auch die Interpretationseindeutigkeit gegeben, wodurch der Fragebogen als objektiv bezeichnet werden kann.

Im Hinblick auf die Nebengütekriterien sind die Punkte Ökonomie, Nützlichkeit, Zumutbarkeit, Akzeptanz, Unverfälschbarkeit und Fairness beim vorliegenden Instrument zu diskutieren. So kann die Ökonomie der Befragung als fraglich bezeichnet werden. Relevante Daten könnten in kürzerer Zeit erhoben und Ökonomie und Effizienz der Erhebung damit verbessert werden. Bezüglich des Nebengütekriteriums Nützlichkeit der Erhebung kann der Fragebogen als eine geeignete Methode zur Beantwortung der Fragestellungen bezeichnet werden, da die erlangte Information schwerlich auf andere Weise ermittelt werden kann. Die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie die Möglichkeit die Befragung abzubrechen gewährleisten trotz Länge des Fragebogens die Zumutbarkeit auf Seiten der Testpersonen. Aufgrund der zugesicherten

Anonymität sowie der hauptsächlichen Erhebung nicht-sensibler oder -intimer Daten kann auch die Akzeptanz des Fragebogens angenommen werden.

Hinsichtlich des Aspekts der Unverfälschbarkeit kann aufgrund fehlender Kontrolle eine mögliche Verfälschung nicht völlig negiert werden. Da die Beantwortung der Fragen jedoch keine negativen Konsequenzen haben konnte und daher eine Beantwortung in Richtung sozialer Erwünschtheit nicht nötig war, kann eine Verfälschung zwar nicht ausgeschlossen, eine wahrheitsgetreue und korrekte Beantwortung aber angenommen werden.

Da sich der in deutscher Sprache vorgelegte Fragebogen an österreichische und deutsche Einrichtungen richtete, bei der Befragung und Auswertung Frauen bzw. Männer weder bevorzugt noch benachteiligt wurden und die Verständlichkeit durch die Etablierung in früheren Erhebungen erfüllt zu sein scheint, kann ebenso der Aspekt der Fairness als gesichert gesehen werden. (Moosbrugger & Kelava, 2012; Petermann & Macha, 2005b)

3.7 Rücklaufquote und -dokumentation

Zur Erhöhung der Rücklaufquote wurden insgesamt bis zu drei Einladungsmails ausgesendet. Insgesamt 99 Institutionen bzw. Personen nahmen bereits nach der ersten Aussendung an der Umfrage teil, weitere 50 nach der zweiten Aussendung und weitere 79 nach der dritten, wodurch insgesamt 228 Fragebögen vollständig ausgefüllt wurden.

Unvollständig ausgefüllte Fragebögen konnten nicht berücksichtigt werden. Betroffene Einrichtungen erhielten aber vorerst eine Nachricht, die sie auf diese Tatsache aufmerksam machen und zur vollständigen Teilnahme motivieren sollte.

Während bei Einrichtungen mit mehreren Abteilungen auch mehrere Teilnahmen gewertet wurden, konnte in anderen Fällen bei mehrfach ausgefüllten Fragebögen nur eine Teilnahme berücksichtigt werden. Um etwaige ungültige Mehrfachteilnahmen zu erkennen und auszusortieren wurde in SPSS in mehreren Spalten alphabetisch sowie nach IP Adressen sortiert.

Anhand des Rücklaufes von 202 österreichischen und 3 deutschen Einrichtungen kann als Abschätzung der Teilnahmebereitschaft eine Quote von 17,4% bei Berücksichtigung der Anzahl kontaktierter Einrichtungen bzw. von 11,5% bei Berücksichtigung der 1780 E-Mail Adressen angegeben werden. Die Resonanz war, trotz der fehlenden Randomisierung bei der Stichprobenwahl, proportional zur Bevölkerungsanzahl der einzelnen Bundesländer.

3.8 Datenanalyse

3.8.1 Statistische Analyse

Die deskriptivstatistische Auswertung und inferenzstatistische Analyse der gewonnenen Daten wurde mithilfe der Software IBM SPSS® 20 für Windows durchgeführt. Für bestimmte Berechnungen und die Erstellung von Grafiken wurde zudem Microsoft Excel® 2016 für Windows herangezogen. Das Signifikanzniveau wurde mit $\alpha = 5\%$, entsprechend der Irrtumswahrscheinlichkeit festgelegt. Somit ist ein Ergebnis im Rahmen der inferenzstatistischen Prüfungen mit $p \leq .05$ als signifikant zu bezeichnen.

3.8.2 Statistische Verfahren

Im Rahmen der beschreibenden Statistik wurden für metrische Parameter die entsprechenden Kennwerte, wie Mittelwert und Standardabweichung und gegebenenfalls Minimum und Maximum sowie bei schiefen Messwerteverteilungen der Median, angeführt. Für kategoriale Variablen wurden die Häufigkeiten und die entsprechenden Anteilswerte (%) ermittelt. Hier ist festzuhalten, dass bei Prozentangaben bezüglich einer Eigenschaft in einer Stichprobe fehlende Fälle entweder nicht berücksichtigt oder aber im Stichprobenumfang beibehalten werden können. Bei Ausschluss der Fälle mit fehlenden Reaktionen werden die Verbleibenden als „gültige Fälle“ bezeichnet. Diese beiden Möglichkeiten, Anteilswerte unterschiedlich darzustellen, wurden in der vorliegenden Arbeit berücksichtigt und bei Bedarf explizit angeführt.

Zur Illustration der Verteilung metrischer Parameter wurden Boxplots und zur Darstellung der Anteilswerte kategorialer Daten entsprechende Balken- bzw. Säulendiagramme sowie Kreisdiagramme erstellt. Bei der Erstellung von Balkendiagrammen wurde zudem auch auf die Möglichkeit von gestapelten Anteilswerten zurückgegriffen.

Im Rahmen der inferenzstatistischen Verfahren wurden Zusammenhänge zwischen nominalskalierten Merkmalen mit zumindest zwei Stufen auf Grundlage von Kreuztabellen untersucht. Anhand des Chi-Quadrat-Tests mit der χ^2 -verteilten Prüfgröße kann analysiert werden, ob zwischen zwei Variablen ein signifikanter Zusammenhang besteht, d.h. ob sich die beobachteten, empirischen Häufigkeiten der Merkmalskombinationen signifikant von den theoretisch zu erwartenden unterscheiden. Für die Analyse des Zusammenhangs für verbundene nominalskalierte Daten wurde der McNemar-Test herangezogen. (Weiß, 2013)

4 Ergebnisse und Diskussion

4.1 Beschreibung der Stichprobe

Um die Repräsentativität der Stichprobe bezüglich der Bevölkerungsanzahl in den österreichischen Bundesländern zu überprüfen, wurde die Häufigkeit der Teilnahmen pro Bundesland mit den entsprechenden Bevölkerungszahlen verglichen. Hierfür wurden als Referenz die Angaben der Statistik Austria vom 1.1.2017 herangezogen. Die Tabelle 7 zeigt die entsprechende Bundesländerverteilung

Drei deutsche Einrichtungen, die aufgrund der Nähe zur österreichischen Grenze und der oftmaligen Betreuung österreichischer Patienten ein ebenso relevantes Therapieangebot für Adipositaspatienten aus Österreich darstellen und daher ebenfalls eine Einladung zur Umfrage erhielten, wurden bei dieser Analyse nicht berücksichtigt.

Tabelle 7 Häufigkeiten und Anteilswerte (Zeilenprozente) der berücksichtigten Therapieangebote in den österreichischen Bundesländern im Vergleich zur Bevölkerungsverteilung (n = 202)

	Wien	Bgld	NÖ	OÖ	Sbg	Stmk	Ktn	Tir	Vbg	Gesamt
Therapieangebote	48	8	42	35	11	15	14	23	6	202
% gerundet	23,8%	4,0%	20,8%	17,3%	5,4%	7,4%	6,9%	11,4%	3,0%	100,0%
Bevölkerungsstand am 1.1.2017	1867582	291942	1665753	1465045	549263	1237298	561077	746153	388752	8772865
% gerundet	21,3%	3,3%	19,0%	16,7%	6,3%	14,1%	6,4%	8,5%	4,4%	100,0%

(Bgld = Burgenland; NÖ = Niederösterreich; OÖ = Oberösterreich; Sbg = Salzburg; Stmk = Steiermark; Ktn = Kärnten; Tir = Tirol; Vbg = Vorarlberg)

Zur Prüfung der Proportionalität der Stichprobe bezüglich der Bevölkerungszahl wurde daher ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt, dessen Ergebnis nicht signifikant war ($\chi^2(8) = 10.854$, $p = .210$). Es konnte somit kein Verteilungsunterschied der teilnehmenden Institutionen bezüglich der Anteilswerte der Bevölkerung in den neun Bundesländern festgestellt werden.

4.2 Allgemeine Angaben zu den Einrichtungen

4.2.1 Setting

Bezüglich des Settings, in welchem das Angebot durchgeführt wird, konnte aus insgesamt 14 Antwortmöglichkeiten gewählt werden, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Sollte die passende Zuordnung einer Einrichtung durch die 13 vorgegebenen Alternativen nicht möglich sein, gab es die Möglichkeit „Sonstige“ auszuwählen und die entsprechende Bezeichnung im Kommentarfeld einzutragen.

Von den befragten Einrichtungen gaben insgesamt 43 als Setting „stationär im klinischen Bereich“, 53 „ambulant im klinischen Bereich“ und 8 „Tagesklinik“ an. Des Weiteren sind 9 Rehabilitationszentren und 8 Kuranstalten vertreten. Beratungseinrichtung wurde 31 mal, Gesundheitsförderung 40 mal, Verein 12 mal und Gemeinde 14 mal als Setting gewählt. 88 mal und somit am häufigsten wurde Private Praxis gewählt. Diätologe im niedergelassenen Bereich wurde 51 mal, Ernährungswissenschaftler im niedergelassenen Bereich 21 mal gewählt. Vergleichsweise seltener vertreten sind Fitnessstudios mit 6 Nennungen, was darauf zurückzuführen ist, dass in diesem Bereich keine neuen Kontakte recherchiert wurden, sondern nur jene aus der bereits bestehenden Adressliste übernommen wurden bzw. die Einladung zur Umfrage durch Weiterleitung erhalten wurde. Die Antwortmöglichkeit „Sonstige“ wurde insgesamt 16 mal ausgewählt, im Kommentarfeld genannt wurden unter anderem Onlinecoaching, Ferienlager bzw. Sommercamp, Kinder- und Jugendhotel, MTD-Zentrum, Veranstaltungen, Hausbesuche bzw. Leistungen am Ort der Wahl des Kunden.

Die Tabelle 8 beinhaltet sowohl die Anteilswerte bezüglich der Mehrfachnennungen ($n = 400$), als auch die Prozentangaben hinsichtlich des Stichprobenumfangs ($n = 205$).

Tabelle 8 Häufigkeiten und Anteilswerte der Settingnennungen in absteigender Reihenfolge (Mehrfachnennungen möglich)

Setting (Kategorie)	Nennungshäufigkeit	Anteilswert (n=400)	Anteilswert der Fallzahl (n=205)
Private Praxis	88	22,0 %	42,9 %
Ambulant im klinischen Bereich	53	13,3 %	25,9 %
Diätologe im niedergel.Bereich	51	12,8 %	24,9 %
Stationär im klinischen Bereich	43	10,8 %	21,0 %
Gesundheitsförderung	40	10,0 %	19,5 %
Beratungseinrichtung	31	7,8 %	15,1 %
EW im niedergelassenen Bereich	21	5,3 %	10,2 %
Sonstige	16	4,0 %	7,8 %
Gemeinde	14	3,5 %	6,8 %
Verein	12	3,0 %	5,9 %
Rehabilitationszentrum	9	2,3 %	4,4 %
Kuranstalt	8	2,0 %	3,9 %
Tagesklinik	8	2,0 %	3,9 %
Fitnessstudio	6	1,5 %	2,9 %
Summe	400	100,0%	

Die Abbildung 5 zeigt die Anteilswerte der angeführten Settings bezüglich der Mehrfachnennungen.

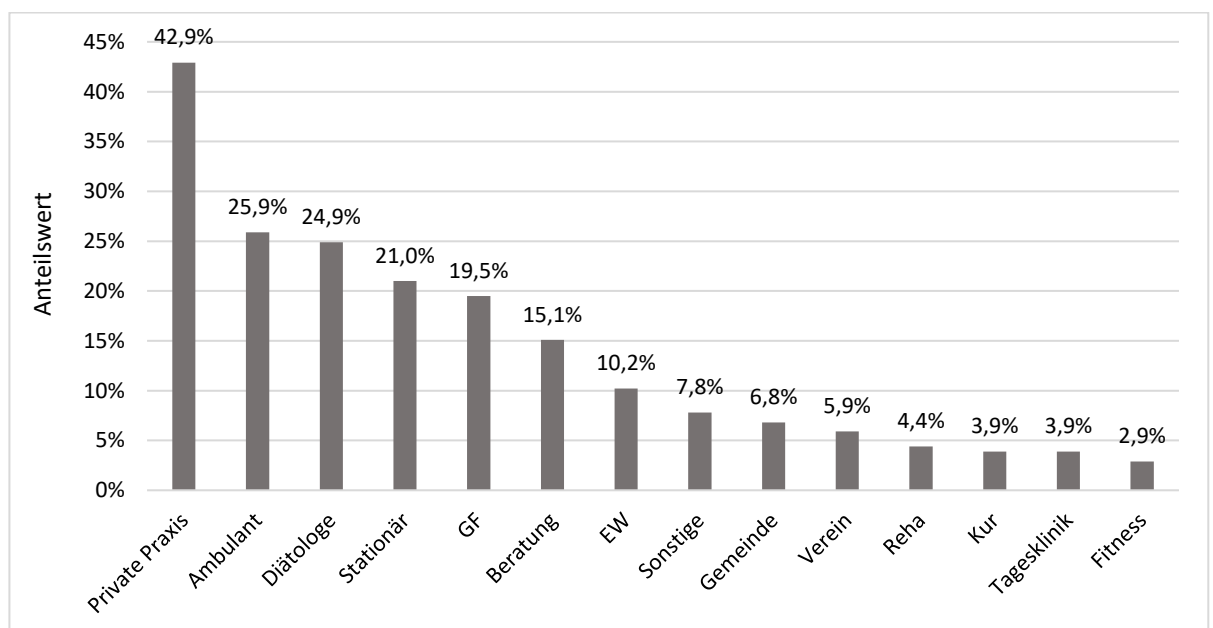


Abbildung 5. Anteilswerte der angeführten Settings (Mehrfachnennungen möglich, n = 205)

4.2.2 Beteiligte Professionen

Des Weiteren wurden die Teilnehmenden zu den an ihrem Angebot aktiv beteiligten Professionen und somit auch indirekt zur in der Adipositas therapie bedeutsamen interdisziplinären Zusammenarbeit befragt, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Neben 9 vorgegebenen Berufsbildern gab es abermals die Möglichkeit als Antwort „Sonstige“ auszuwählen und weitere beteiligte Professionen im Kommentarfeld zu nennen. Die Tabelle 9 zeigt die Anteilswerte bezüglich der Mehrfachnennungen (n = 675) und der Fallzahl (n = 205).

Mit 151 Nennungen am häufigsten vertreten sind Diätologen, dicht gefolgt von Ärzten mit 143 Nennungen. Deutlich seltener sind Ernährungswissenschaftler mit 46 Nennungen und Ernährungsberater mit 31 Nennungen vertreten. Psychologe wurde 98 mal genannt, Psychotherapeut mit einer Nennungshäufigkeit von 41 nicht einmal halb so oft. Physiotherapeuten sind in 50, Bewegungstrainer in 45 und Sportwissenschaftler in 39 Einrichtungen an der Leistung beteiligt.

Im Kommentarfeld zur insgesamt 31 mal gewählten Antwortmöglichkeit „Sonstige“ waren folgende weitere Nennungen zu finden: Sozialarbeiter, Lehrer, Pädagogen, Sonder- und Heilpädagogen, Erlebnispädagogen, Pädagogen für Ernährungswirtschaft, Ergotherapeuten, Kunst- und Musiktherapeuten, Masseur, Kosmetiker, cand med, Shiatsu praktiker, Cranio Sacral Therapeuten, Mentaltrainer, Strukturtrainer, Kompetenztrainer, Lebens- und Sozialberater, Berufsberater, Yoga- und Qi Gong-Lehrer, Entspannungstrainer, MBSR-Lehrer, Kräuterpädagoginnen und Pflegepersonen.

Tabelle 9 *Häufigkeiten und Anteilswerte der Professionsnennungen in absteigender Reihenfolge (Mehrfachnennungen möglich)*

Profession (Kategorie)	Nennungshäufigkeit	Anteilswert (n=675)	Anteilswert der Fallzahl (n=205)
Diätologe	151	22,4 %	73,7 %
Arzt	143	21,2 %	69,8 %
Psychologe	98	14,5 %	47,8 %
Physiotherapeut	50	7,4 %	24,4 %
Ernährungswissenschaftler	46	6,8 %	22,4 %
Bewegungstrainer	45	6,7 %	22,0 %
Psychotherapeut	41	6,1 %	20,0 %
Sportwissenschaftler	39	5,8 %	19,0 %
Ernährungsberater	31	4,6 %	15,1 %
Sonstige	31	4,6 %	15,1 %
Summe	675	100,0 %	

Die Abbildung 6 zeigt die Anteilswerte der angeführten Professionen bezüglich der Mehrfachnennungen.

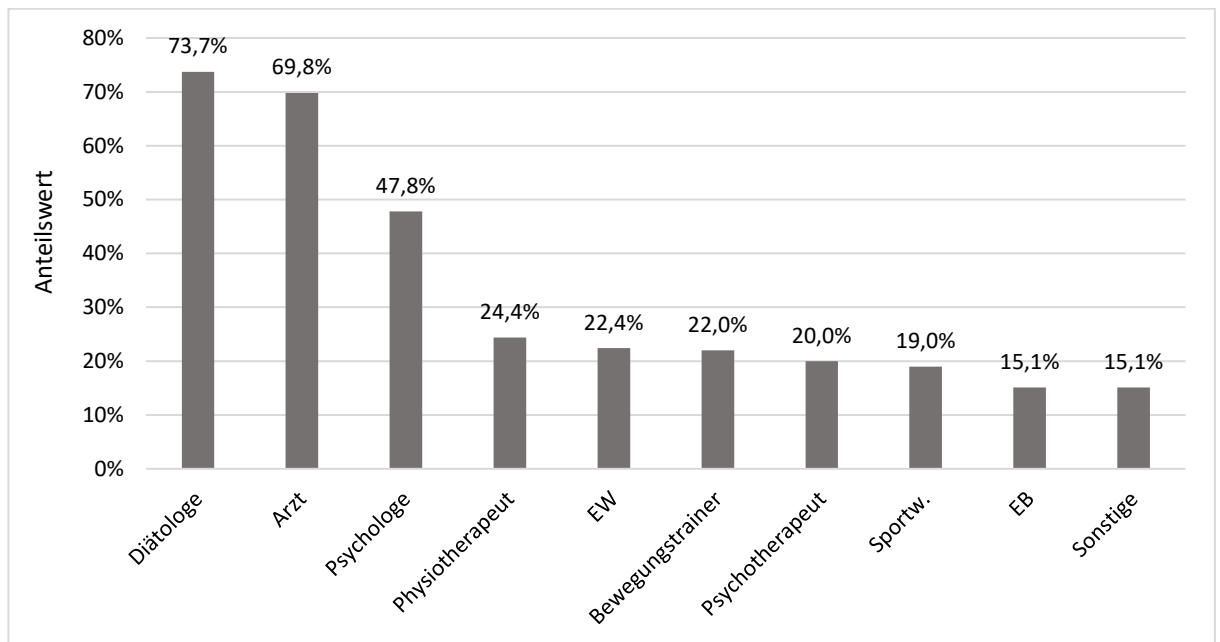


Abbildung 6. Anteilswerte der angeführten Professionen (Mehrfachnennungen möglich, n = 205)

Die Tabelle 10 zeigt zusätzlich die Nennungshäufigkeiten der Professionen und ihre jeweiligen Anteilswerte in den verschiedenen Settings (Mehrfachnennungen möglich) und dient damit der Veranschaulichung der Verteilung der Berufsbilder auf die unterschiedlichen Arbeitsplätze.

Jedem Setting sind zwei Werte zugeordnet, wobei der obere Wert die Nennungshäufigkeit bezeichnet und der untere Wert (in %) dem jeweiligen Anteilswert entspricht. Betrachtet man das Setting „Stationär im klinischen Bereich“ lässt sich aus der Tabelle ablesen, dass jenes Setting insgesamt 43 mal genannt wurde und in allen 43 Fällen (entspricht 100%) Ärzte, in 33 Fällen (76,7%) Psychologen, in 14 Fällen Psychotherapeuten (32,6%) usw. an der angebotenen Leistung beteiligt sind.

Tabelle 10 Häufigkeiten und Anteilswerte der Professionsnennungen innerhalb der verschiedenen Settings (Mehrfachnennungen möglich)

	Profession									
	Arzt	Psychologe	Psychotherapeut	Diätologe	Ernährungswiss.	Ernährungsber.	Physiotherapeut	Sportwiss.	Bewegungstr.	sonstige
Stationär (n = 43)	43 100%	33 76,7%	14 32,6%	41 95,3%	7 16,3%	6 14,0%	24 55,8%	4 9,3%	4 9,3%	9 20,9%
Ambulant (n = 53)	51 96,2%	38 71,7%	15 28,3%	47 88,7%	8 15,1%	7 13,2%	16 30,2%	8 15,1%	6 11,3%	8 15,1%
Tagesklinik (n = 8)	8 100%	7 87,5%	4 12,5%	7 12,5%	1 50,0%	1 25,0%	4 50,0%	2 25,0%	2 25,0%	3 37,5%
Rehazentrum (n = 9)	9 100%	9 100%	2 22,2%	8 88,9%	2 22,2%	3 33,3%	9 100%	5 55,6%	3 33,3%	2 22,2%
Kuranstalt (n = 8)	8 100%	7 87,5%	3 37,5%	7 87,5%	2 25,0%	1 12,5%	6 75,0%	1 12,5%	4 50,0%	1 12,5%
Beratungseinrichtung (n = 31)	23 74,2%	15 48,4%	9 29,0%	23 74,2%	9 29,0%	2 6,5%	5 16,1%	8 25,8%	10 32,3%	6 19,4%
Gesundheitsförderung (n = 40)	27 67,5%	24 60,0%	6 15,0%	31 77,5%	15 37,5%	3 7,5%	4 10,0%	19 47,5%	22 55,0%	7 17,5%
Verein (n = 12)	8 66,7%	8 66,7%	5 41,7%	7 58,3%	3 25,0%	0 0,0%	0 0,0%	6 50,0%	7 58,3%	3 25,0%
Gemeinde (n = 14)	13 92,9%	5 35,7%	1 7,1%	10 71,4%	2 14,3%	1 7,1%	4 28,6%	6 42,9%	7 50,0%	1 7,1%
Private Praxis (n = 88)	53 60,2%	28 31,8%	18 20,5%	46 52,3%	19 21,6%	20 22,7%	12 13,6%	9 10,2%	18 20,5%	15 17,0%
Diätologe im n. B. (n = 51)	29 56,9%	14 27,5%	5 9,8%	50 98,0%	5 9,8%	1 2,0%	10 19,6%	7 13,7%	10 19,6%	6 11,8%
EW im n. B. (n = 21)	9 42,9%	2 9,5%	3 14,3%	8 38,1%	18 85,7%	3 14,3%	1 4,8%	6 28,6%	5 23,8%	2 9,5%
Fitnessstudio (n = 6)	2 33,3%	0 0,0%	0 0,0%	4 66,7%	3 50,0%	2 33,3%	0 0,0%	5 83,3%	4 66,7%	1 16,7%
Sonstige (n = 16)	8 50,0%	9 56,2%	3 18,8%	11 68,8%	5 31,2%	5 31,2%	5 31,2%	5 31,2%	10 62,5%	7 43,8%

Für die folgenden Darstellungen wurden die ursprünglichen 14 Settings (Ort und Art der Einrichtung) in Kombination gebracht, sodass daraus 5 zusammengefasste Variablensets entstanden.

Die Settings „Stationär im klinischen Bereich“, „Ambulant im klinischen Bereich“ und „Tagesklinik“ wurden unter dem Überbegriff „Klinik“ zusammengefasst, „Rehabilitationszentrum“ und „Kuranstalt“ als „Reha und Kur“ kategorisiert. Das Variablenset „Öffentliche Einrichtungen“ setzt sich aus „Beratungseinrichtung“, „Gesundheitsförderung“, „Verein“ und „Gemeinde“ zusammen, „Private Einrichtungen“ aus „private Praxis“, „Diätologe im niedergelassenen Bereich“ und „Ernährungswissenschaftler im niedergelassenen Bereich“. „Fitnessstudio“ und „Sonstige“ bilden gemeinsam das Variablenset „Fitnessstudio und Sonstige“.

Die folgenden Grafiken in den Abbildungen 7 bis 11 dienen zur Übersicht, wie sich die Verteilung der Professionen auf die zusammengefassten Settings darstellt. Die Balkendiagramme zeigen die Häufigkeiten mit ihren Anteilswerten der in den verschiedenen Einrichtungen tätigen Professionen. Die Anteilswerte (%) der Professionen beziehen sich jeweils auf die Anzahl bzw. Nennungshäufigkeit der fünf zusammengefassten Sets.

Ersichtlich ist, dass im klinischen sowie auch im Rehabilitations- und Kurbereich in beinahe allen bzw. allen Fällen Ärzte involviert sind. Auch diätologische und psychologische Betreuung wird in den meisten Fällen geboten. Physiotherapeuten, Bewegungstrainer und Sportwissenschaftler sind vor allem im Bereich Reha und Kur häufig anzutreffen. Öffentliche Angebote von Vereinen, Gemeinden etc. beinhalten den Ergebnissen zufolge gehäuft ärztliche, psychologische und diätologische Leistungen sowie auch vermehrt Angebote im Bereich Bewegung. Im privatwirtschaftlichen Bereich findet man vor allem Ärzte, Psychologen, Diätologen und Ernährungswissenschaftler mit eigener Praxis.

Im klinischen Bereich bzw. Setting waren die drei am häufigsten angeführten Berufsbilder bzw. Professionen Ärzte (97,1%), Diätologen (90,0%) und Psychologen (72,9%), wie das Balkendiagramm in Abbildung 7 zeigt.

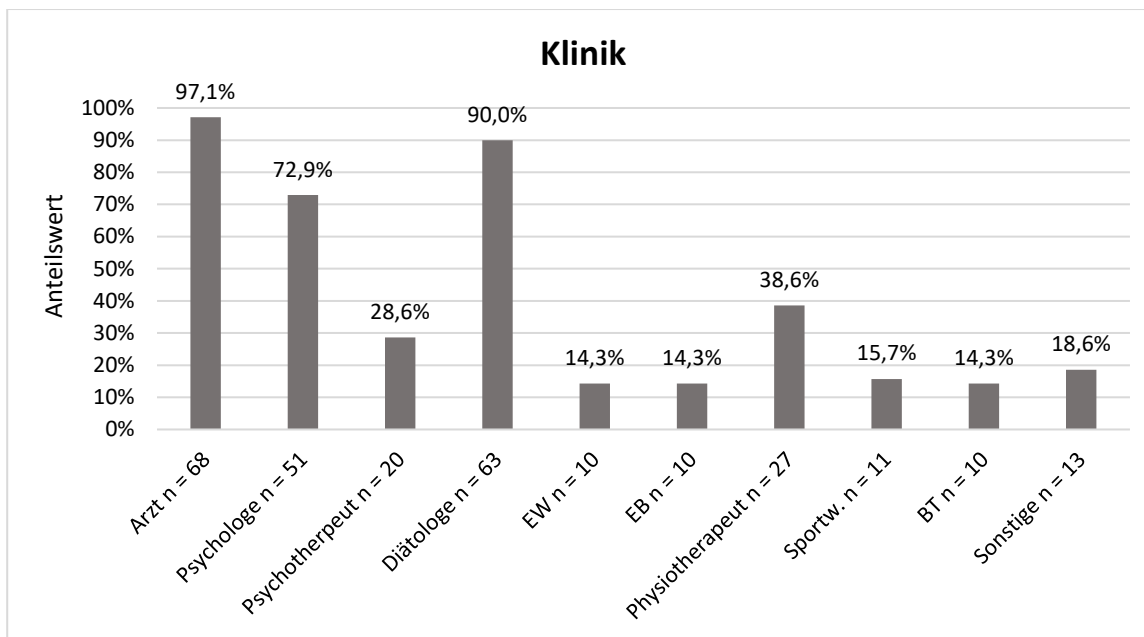


Abbildung 7. Häufigkeiten und Anteilswerte der Professionsnennungen im zusammengefassten Setting „Klinik“ (= „Stationär im klinischen Bereich“, „Ambulant im klinischen Bereich“ und „Tagesklinik“); (n = 70)

Im Bereich Rehabilitation und Kur waren die drei am häufigsten angeführten Professionen Ärzte (100,0%), Psychologen (93,3%) und Physiotherapeuten (86,7%), wie in Abbildung 8 ersichtlich.

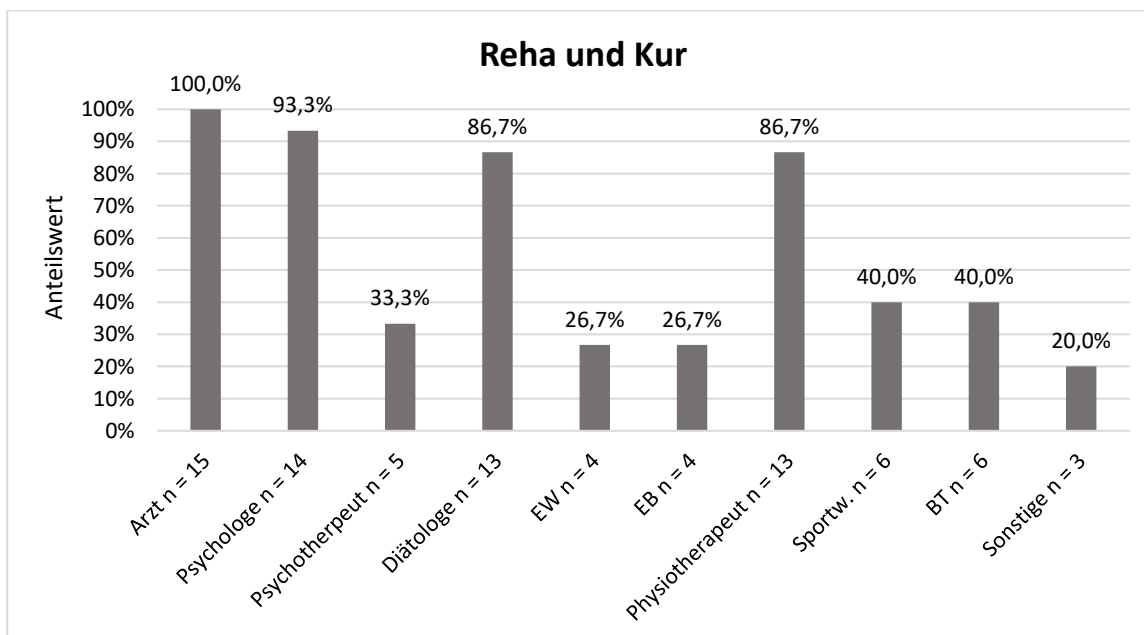


Abbildung 8. Häufigkeiten und Anteilswerte der Professionsnennungen im zusammengefassten Setting „Reha und Kur“ (= „Rehabilitationszentrum“ und „Kuranstalt“); (n = 15)

Die Abbildung 9 zeigt, dass in öffentlichen Einrichtungen die drei meistgenannten Professionen Diätologen (72,4%), Ärzte (69,0%) und Psychologen (51,7%) sind.

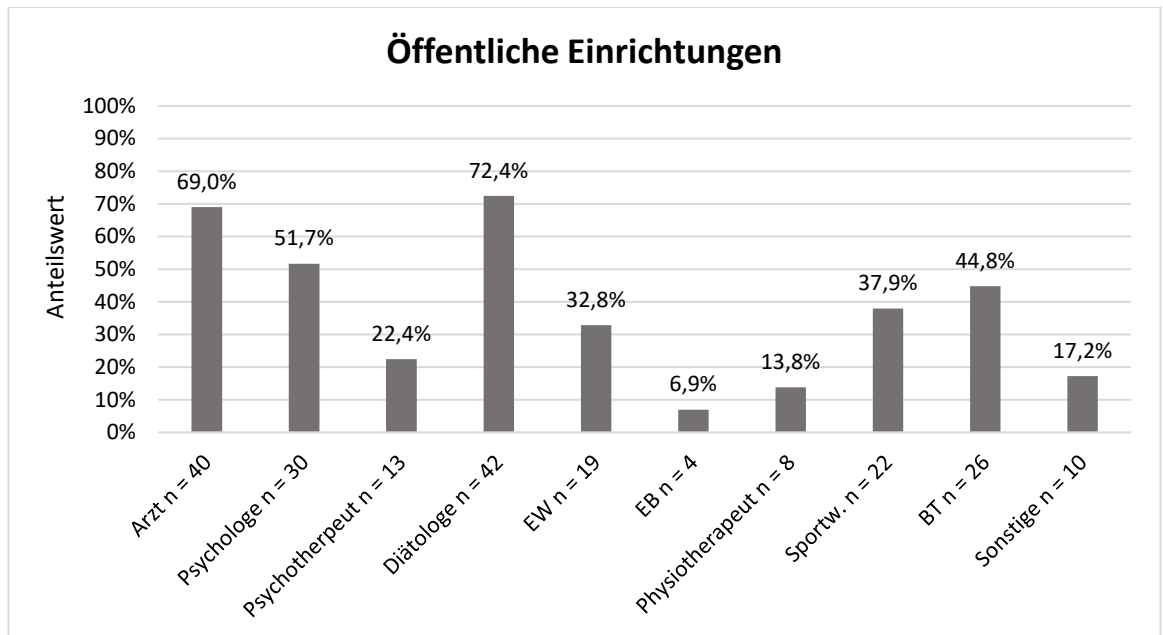


Abbildung 9. Häufigkeiten und Anteilswerte der Professionsnennungen im zusammengefassten Setting „Öffentliche Einrichtungen“ (= „Beratungseinrichtung“, „Gesundheitsförderung“, „Verein“ und „Gemeinde“); (n = 58)

In privaten Einrichtungen fanden sich vergleichsweise häufig Diätologen (61,2%), Ärzte (57,8%) und Psychologen (29,3%), wie in Abbildung 10 gezeigt wird.

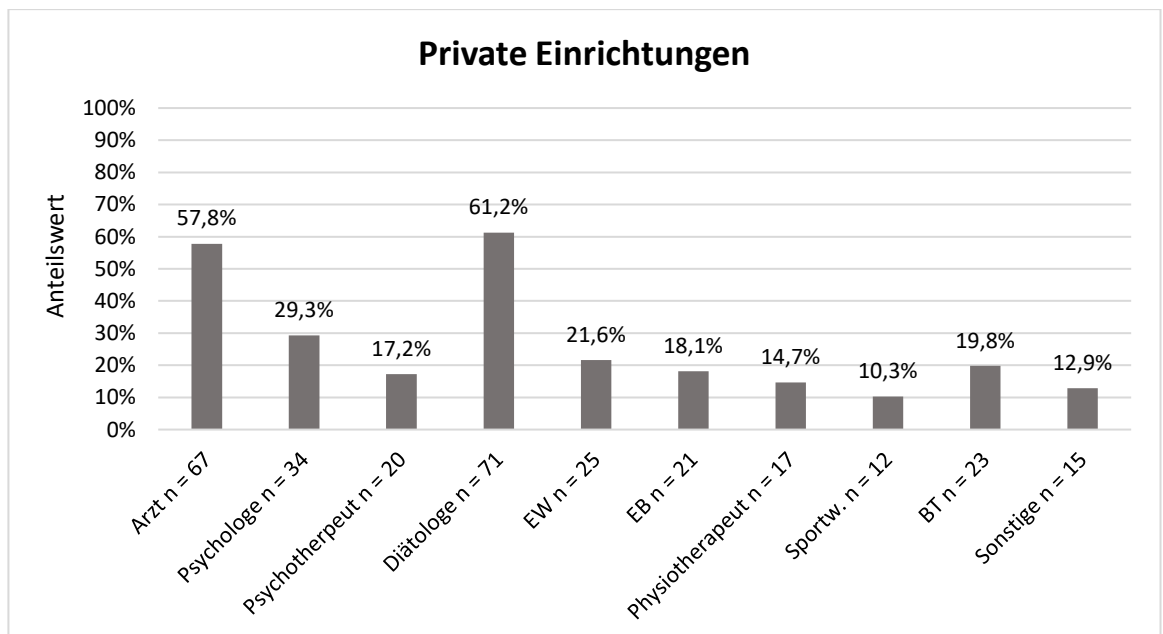


Abbildung 10. Häufigkeiten und Anteilswerte der Professionsnennungen im zusammengefassten Setting „Private Einrichtungen“ (= „private Praxis“, „Diätologe im niedergelassenen Bereich“ und „Ernährungswissenschaftler im niedergelassenen Bereich“); (n = 116)

Im zusammengefassten Setting „Fitnessstudio und Sonstige“ waren die drei am häufigsten angeführten Berufsbilder Diätologen und Bewegungstrainer (jeweils 66,7%) sowie Ärzte (47,6%), wie in Abbildung 11 veranschaulicht.

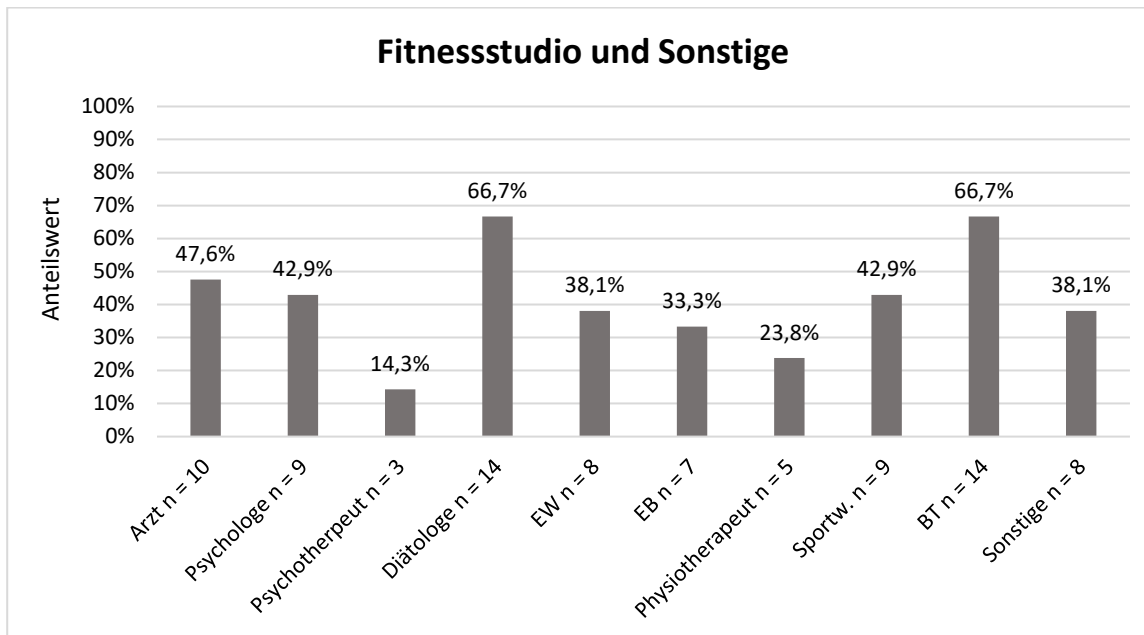


Abbildung 11. Häufigkeiten und Anteilswerte der Professionsnennungen im zusammengefassten Setting „Fitnessstudio und Sonstige“ (= „Fitnessstudio“ und „Sonstige“); (n = 21)

4.2.3 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Angebote mit einer Beteiligung verschiedener Professionen wurden bezüglich einer interdisziplinären Zusammenarbeit analysiert. Von 165 Personen oder Institutionen, welche die Frage beantworteten, gaben 153 (92,7 %) eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen an, während 12 (7,3 %) eine solche Zusammenarbeit explizit verneinten.

4.2.4 Programmerfahrung

Die im Setting oder von der ausführenden Person angegebene Programm- bzw. Berufserfahrung kann als Zusammenfassung der Abbildung 12 entnommen werden. Insgesamt 186 Einrichtungen beantworteten die Frage nach ihrer Programmerfahrung. Das älteste der Angebote besteht bereits seit 1952 und somit zum Erhebungszeitpunkt seit 65 Jahren, während insgesamt 8 Einrichtungen ihre Leistungen seit weniger als einem Jahr anboten und die Angebote zweier weiterer Einrichtungen erst für die Zukunft geplant waren. Die durchschnittliche Angebotsdauer konnte zu 10.1 ± 9.1 ($Md = 8.0$) Jahren ermittelt werden.

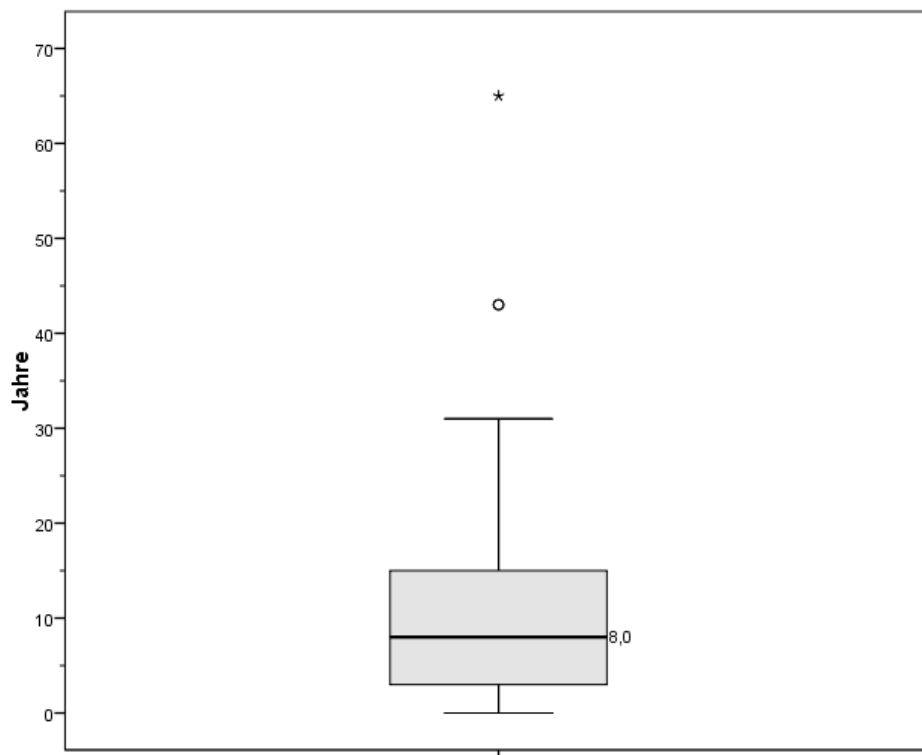


Abbildung 12. Verteilung der Programmiererfahrung in Jahren mit Median (n = 186)

Im Rahmen der Programmiererfahrung wurde ein Jahr Erfahrung mit 20 Nennungen vergleichsweise am häufigsten angeführt, gefolgt von 13 Einrichtungen mit 4 Jahren Erfahrung und je 12 Einrichtungen mit 5 und mit 8 Jahren Erfahrung. Die Tabelle 11 und die Abbildung 13 zeigen die Jahre der Programmiererfahrung in Zusammenfassung.

Tabelle 11 Häufigkeiten und Anteilswerte der Nennungen bezüglich der Programmiererfahrung der Einrichtungen (n = 186)

Programmierfahrung (Kategorie)	Nennungshäufigkeit	Anteilswert der Fallzahl (n = 186)
0 - 4 Jahre	60	32,3 %
5 - 9 Jahre	42	22,6 %
10 - 14 Jahre	34	18,3 %
15 - 19 Jahre	26	14,0 %
20 - 24 Jahre	12	6,5 %
25 - 29 Jahre	7	3,8 %
30 - 34 Jahre	2	1,1 %
≥ 35 Jahre	3	1,6 %
Summe	186	100,0 %

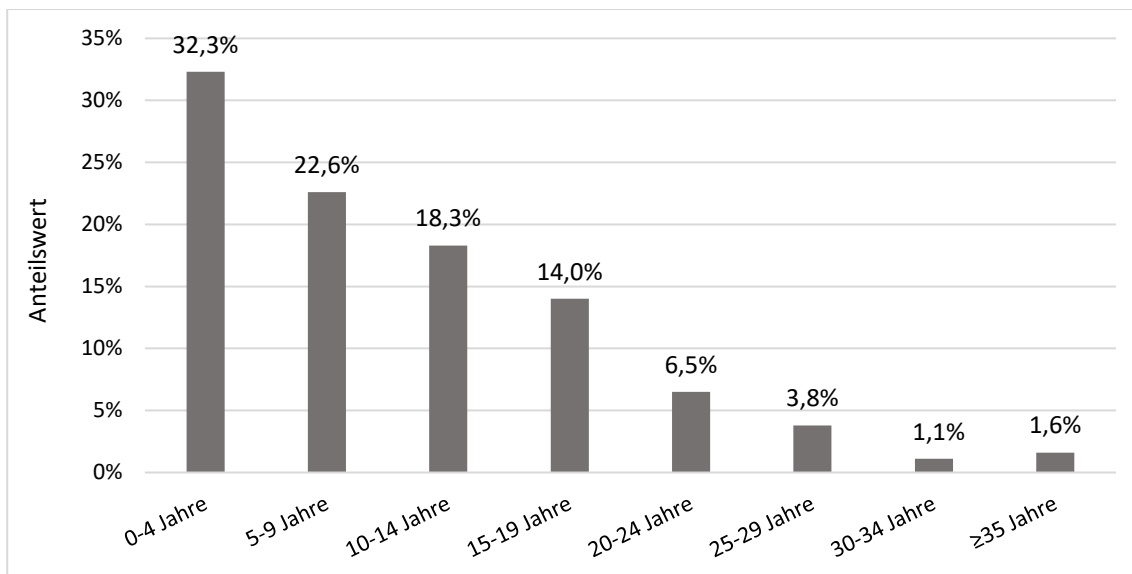


Abbildung 13. Anteilswerte der zusammengefassten Nennungen bezüglich der Programmiererfahrung der Einrichtungen (n = 186)

4.2.5 Zeitliche Struktur der Angebote

Ein weiterer für Hilfesuchende wichtiger Aspekt ist die zeitliche Struktur des Therapieangebots und somit die Frage, ob die Leistung permanent von einer laufenden Einrichtung angeboten wird oder es sich um ein einmaliges Projekt handelt. Im Kommentarfeld konnten daher zusätzliche, erklärende Angaben gemacht werden. Ebenso bestand auch hier die Möglichkeit, als Antwort „Sonstige“ zu wählen, falls weder „laufend“ noch „einmalig“ auf die gebotene Leistung zutraf. Auch Mehrfachnennungen waren möglich, da sich die verschiedenen zeitlichen Strukturen nicht gegenseitig ausschließen. Dies wurde durch die Reaktionen der Teilnehmenden bestätigt: Mehrere Einrichtungen bieten verschiedene Programme mit unterschiedlicher zeitlicher Struktur an; eine Einrichtung wählte alle drei Antwortmöglichkeiten.

Insgesamt 195 (95,1%) der 205 Einrichtungen gaben an, dass es sich bei ihrem Angebot um eine laufende Einrichtung handelt. Neun (4,4%) Einrichtungen, davon 3 ausschließlich und 6 zusätzlich, bieten einmalige Projekte und 12 (5,9%) wählten als Antwort „Sonstige“.

Ebenfalls von Bedeutung für Betroffene und ihre Angehörige ist der Zeitpunkt, zu dem ein Einstieg in die Behandlung möglich ist. Die Abbildung 14 zeigt in einer Zusammenfassung die drei Möglichkeiten für den Therapieeinstieg in den Institutionen. Die Frage wurde von insgesamt 198 Einrichtungen beantwortet, wovon 170 (85,9%) Einrichtungen angaben, dass ein Einstieg in die Therapie jederzeit möglich ist. Bei 15 (7,6%) Angeboten ist der Einstieg unregelmäßig, je nach Erreichen einer bestimmten Gruppengröße, möglich. Bei 13 (6,6%) der Therapieangebote ist ein Beginn einmal pro Jahr vorgesehen.

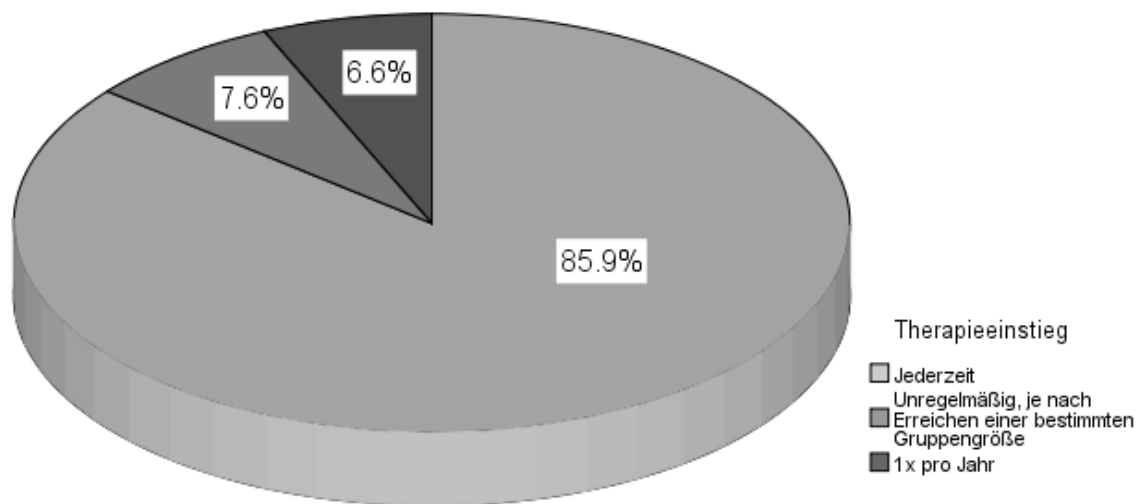


Abbildung 14. Anteilswerte in Bezug auf mögliche Zeitpunkte für einen Einstieg in die gebotene Leistung (n = 198)

Aus den Angaben im Kommentarfeld konnten zusätzliche, für die Broschüre relevante und für die Patienten entscheidende Informationen entnommen werden. Es war ersichtlich, dass in mehreren Fällen jederzeit mit Einzelberatungen begonnen werden kann, der Einstieg in Gruppentherapien aber nur zu bestimmten Zeitpunkten möglich ist. Weiters starten einige Angebote jährlich mit Beginn des Schuljahres, andere mit Anfang jedes Semesters und somit zweimal jährlich, oder finden als mehrwöchige Ferienlager, Camps und Gesundheitswochen - überwiegend im Sommer - statt.

Ebenso waren Anmerkungen und Kommentare wie „individuelle Betreuung“, „nach persönlicher Terminvereinbarung“, „nach ärztlicher Zuweisung“, „nach Genehmigung“, „nach einem Vorgespräch“, „wenn die Einstiegskriterien erfüllt sind“, „nach freien Kapazitäten“ oder auch Informationen zu den Anmeldefristen zu beobachten.

4.2.6 Art der Zuweisung zur Therapie

Wie potenzielle Teilnehmende auf eine Einrichtung und ihr Leistungsangebot aufmerksam werden, wurde von 203 Einrichtungen beantwortet. In 77,8% der Fälle und somit am häufigsten geschieht dies zumindest unter anderem durch Selbstinitiative und in 76,8% der Fälle und damit fast ebenso oft durch ärztliche Überweisung, gefolgt von einem Aufmerksamwerden durch verschiedenste Zugänge im Internet (73,9%). Bei etwa der Hälfte der Programme (49,3%) gibt es entsprechende Informationsfolder, die potenzielle Teilnehmer auf das Angebot aufmerksam machen sollen. Insgesamt 30% der Einrichtungen geben an, dass ihr Angebot unter anderem durch Presseberichte bekannt wird und etwa ebenso häufig (29,6%) findet Werbung in Medien

statt. Die Tabelle 12 und die Abbildung 15 zeigen in einer Zusammenfassung die Nennungshäufigkeiten und entsprechenden Anteilswerte, wie die Art der Zuweisung zur Therapie angelegt ist.

Tabelle 12 Häufigkeiten und Anteilswerte der Nennungen bezüglich der Therapiezuweisung in absteigender Reihenfolge (Mehrfachnennungen möglich)

Art der Zuweisung (Kategorie)	Nennungshäufigkeit	Anteilswert (n = 731)	Anteilswert der Fallzahl (n = 203)
Selbstinitiative	158	21,6 %	77,8 %
ärztliche Überweisung	156	21,3 %	76,8 %
Internet	150	20,5 %	73,9 %
Informationsfolder	100	13,7 %	49,3 %
Presseberichte	61	8,3 %	30,0 %
Werbung in Medien	60	8,2 %	29,6 %
Sonstige	46	6,3 %	22,7 %
Summe	731	100,0 %	

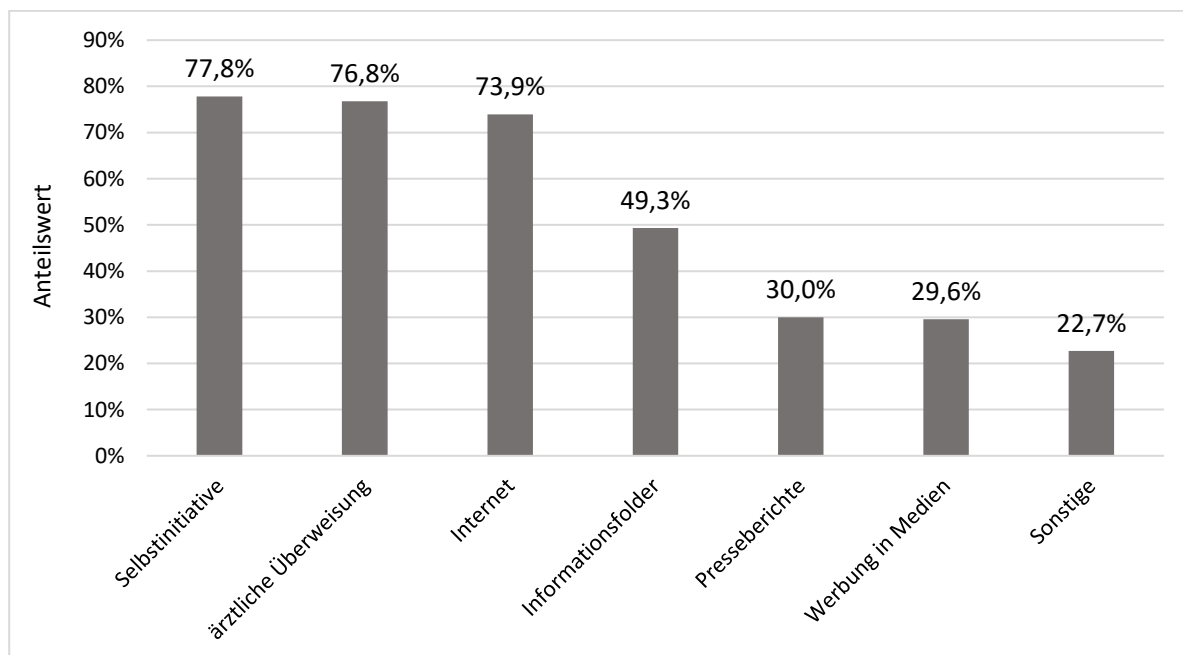


Abbildung 15. Anteilswerte der Nennungen bezüglich der Therapiezuweisung (Mehrfachnennungen möglich, n = 203)

Weitere, im Kommentarfeld unter „Sonstige“ häufig genannte Beispiele sind persönliche Weiterempfehlungen zufriedener Teilnehmer und Mundpropaganda, Empfehlungen innerhalb eines Netzwerkes aus Kollegen (z.B. Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Pflegepersonal), aber auch Hinweise auf ein Therapieangebot in Kliniken, Selbsthilfegruppen, am Jugendamt, in

Vereinen, Schulen und Kindergärten, sowie spezielle und gezielte Werbung durch soziale Medien und Newsletter bzw. bei Informationsabenden und Vorträgen.

Zusätzlich wurden, wie in Abbildung 16 veranschaulicht, analog zur Arbeit von Mag. Staudinger (2015), die beiden häufigsten Zugänge - Selbstinitiative und ärztliche Überweisung - durch die potenzielle Teilnehmende auf ein Angebot aufmerksam werden in Bezug auf die verschiedenen Settings, in denen das Angebot stattfindet, verglichen.

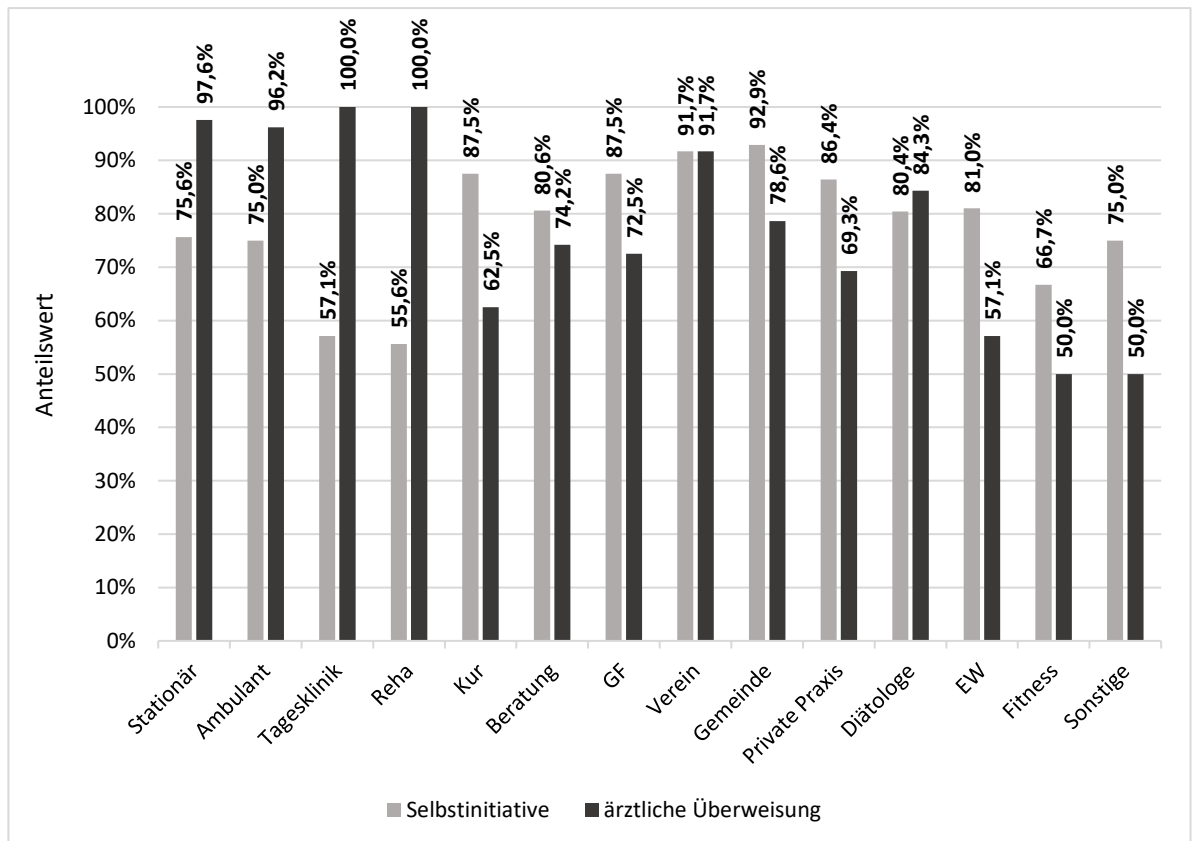


Abbildung 16. Anteilswerte der Nennungen von „Selbstinitiative“ und „ärztliche Überweisung“ in den verschiedenen Settings (Mehrfachnennungen möglich, n = 203)

Auffällig ist, dass der Anteil ärztlicher Überweisungen bei den klinischen Settings (stationär, ambulant, Tagesklinik) sowie bei Rehabilitationsmaßnahmen und diätologischer Betreuung jenem der Selbstinitiative überwog. Dem gegenüber war bei Kurmaßnahmen, wie auch bei den übrigen Settings, der Anteilswert der Selbstinitiative höher. Lediglich im Setting „Verein“ waren die Nennungen hinsichtlich Selbstinitiative und ärztlicher Überweisung gleich häufig.

4.2.7 Kooperationen im Rahmen der Angebote

Bezüglich weiterer eingegangener Kooperationen äußerten sich 186 Fragebogenteilnehmende, von denen 85 (45,7%) angaben, dass es im Rahmen der Durchführung ihres Angebots keine weiteren Kooperationen gibt. In 29 Fällen gibt es Kooperationen mit Sportvereinen, in 27 Fällen mit Gemeinden und in 20 Fällen mit Fitnessstudios, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

Tabelle 13 *Häufigkeiten und Anteilswerte der Nennungen bezüglich Kooperationen in absteigender Reihenfolge (Mehrfachnennungen möglich)*

Kooperation (Kategorie)	Nennungshäufigkeit	Anteilswert (n = 215)	Anteilswert der Fallzahl (n = 186)
Keine Kooperation	85	39,5 %	45,7 %
Sonstige	54	25,1 %	29,0 %
Sportverein	29	13,5 %	15,6 %
Gemeinde	27	12,6 %	14,5 %
Fitnessstudio	20	9,3 %	10,8 %
Summe	215	100,0 %	

Als Anmerkungen unter dem 54 mal gewählten Punkt „Sonstige“ wurden beispielsweise Kooperationen mit den Gebietskrankenkassen, sowie Zusammenarbeit im Rahmen einzelner Krankenkassen-Projekte, anderen (Sozial-)Versicherungsträgern, der Arbeiterkammer, Volkshochschulen, Fachhochschulen und Universitäten, Schulen und Horteinrichtungen, Magistraten, anderen öffentlichen Einrichtungen, sowie Projekten einzelner Bundesländer wie AVOMED (Arbeitskreis für Vorsorgemedizin und Gesundheitsförderung in Tirol) und der Initiative Tut Gut (Land NÖ) genannt.

Des Weiteren gibt es in zahlreichen Fällen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten, Diätologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychologen und Psychotherapeuten, Sportwissenschaftlern und Fitnesstrainern, sowie Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und Rehabilitationszentren. Auch Schwimmbäder, Apotheken, diverse Vereine, Selbsthilfegruppen, die Österreichische Gesellschaft für Adipositas- und Metabolische Chirurgie sowie der Österreichischer Kneippbund (Schlank mit Kneipp) wurden angeführt. Häufig wird versucht, bei der Auswahl von Kooperationspartnern heimatnahe Lösungen zu wählen.

4.2.8 Finanzierung

Die Frage nach der Finanzierung des Programms, bei der Mehrfachnennungen möglich waren, beantworteten 202 Fragebogenteilnehmende. In den meisten Fällen (71,7%) tragen die Patienten durch private Zahlungen zumindest zum Teil selbst die Kosten ihrer Therapie. In 39,1% der Einrichtungen und damit deutlich weniger oft erfolgt die Therapie als Krankenkassenleistung. Fördergeber und öffentliche Mittel spielen in 16,8% der Fälle eine Rolle bei der Finanzierung. Eine finanzielle Förderung der Behandlung durch Sponsoren findet bei 2,5% der Angebote und damit in den seltensten Fällen statt.

Tabelle 14 Häufigkeiten und Anteilswerte der Nennungen bezüglich der Finanzierung der Leistung in absteigender Reihenfolge (Mehrfachnennungen möglich)

Finanzierung (Kategorie)	Nennungshäufigkeit	Anteilswert (n = 279)	Anteilswert der Fallzahl (n = 202)
Private Zahlung der Teilnehmer	147	52,7 %	71,7 %
Krankenkasse	79	28,3 %	39,1 %
Fördergeber/öffentliche Mittel	34	12,2 %	16,8 %
Sonstige	14	5,0 %	6,8 %
Sponsoren	5	1,8 %	2,5 %
Summe	279	100,0 %	

Weiters konnten unter den Kommentaren zum Punkt „Sonstige“ für Hilfesuchende möglicherweise entscheidende Informationen über mögliche Teilfinanzierungen und -rückerstattungen der Therapiekosten durch Krankenkassen und andere Versicherungsträger entnommen werden.

In Abbildung 17 ist weiters ein Vergleich zwischen den verschiedenen Settings hinsichtlich der Leistungsfinanzierung dargestellt. Ersichtlich ist, dass die Finanzierung in Krankenhäusern, sowie im Reha- und Kurbereich in vielen Fällen (62,5% bis 88,9%) durch Krankenkassenzahlungen erfolgt, während in den anderen Fällen häufig private Zahlungen für die Inanspruchnahme einer Leistung verlangt werden.

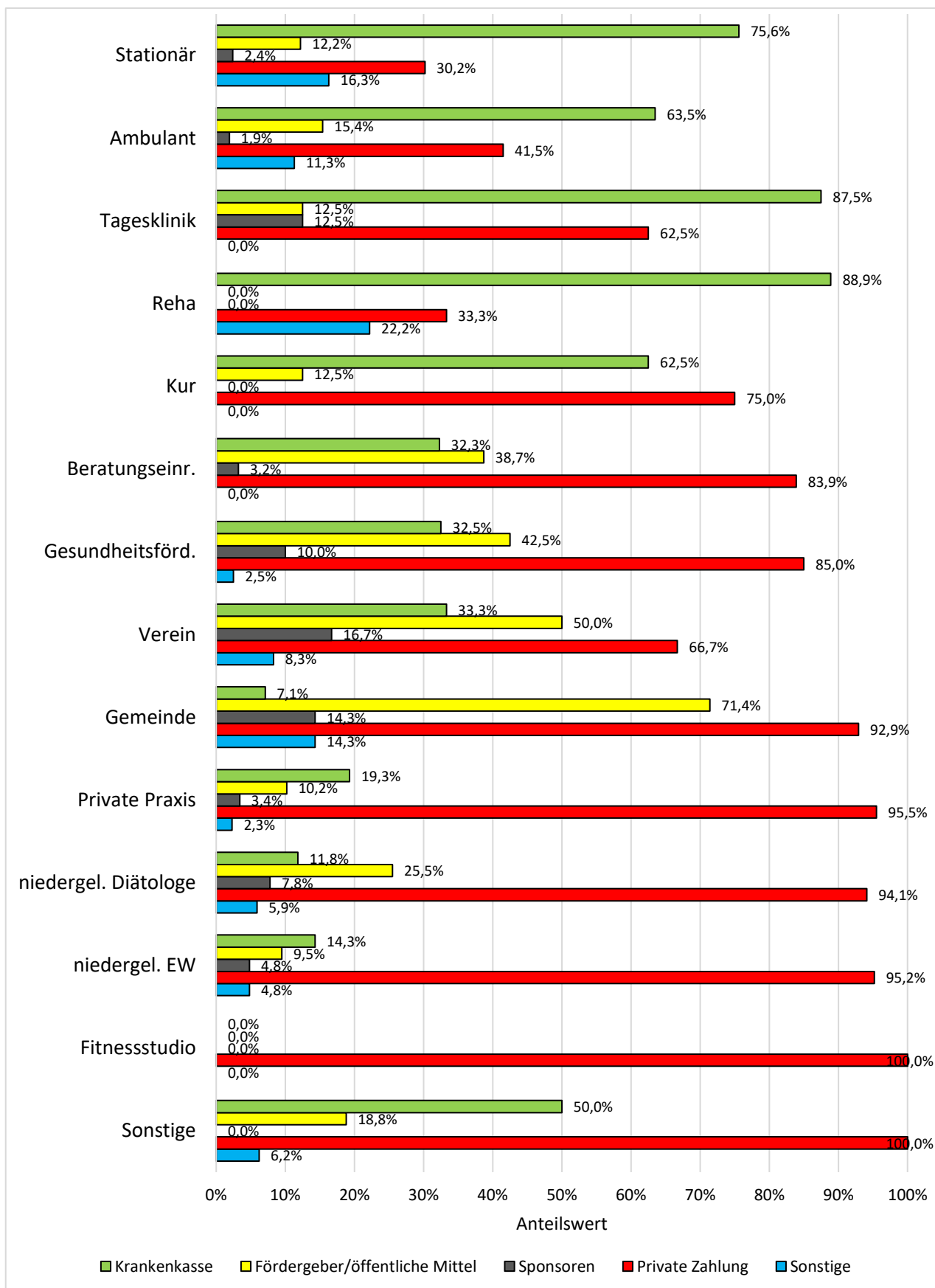


Abbildung 17. Anteilswerte der Nennungen bezüglich der Art der Finanzierung in den verschiedenen Settings (Mehrfachnennungen möglich, n = 203)

4.2.9 Struktur der Leistungen in Bezug auf Einzel- und Gruppentherapie

Hinsichtlich der Struktur der angebotenen Leistungen gab es für die Fragebogenteilnehmenden die Möglichkeit Einzeltherapie, Gruppentherapie oder beide Therapieformen als von ihnen angeboten auszuwählen. Hierbei zeigte sich, dass Einzeltherapie die deutlich häufiger verfügbare Therapiestruktur darstellt. Diese wird in 179 (89,5%) von 200 Einrichtungen, die dazu eine Angabe machten, angeboten, während ein Angebot von Gruppentherapie in 90 (45,0%) Einrichtungen zu finden ist.

Die Tabelle 15 zeigt die Nennungshäufigkeiten sowie entsprechenden Anteilswerte der gewählten Therapiestrukturen.

Tabelle 15 *Nennungshäufigkeiten und Anteilswerte bezüglich der Therapiestruktur (Mehrfachnennungen möglich)*

Therapiestruktur	Nennungshäufigkeit	Anteilswert (n = 269)	Anteilswert der Fallzahl (n = 200)
Einzeltherapie	179	66,5 %	89,5 %
Gruppentherapie	90	33,5 %	45,0 %
Summe	269	100,0 %	

Der zusätzlich durchgeführte McNemar-Chi-Quadrat-Test zeigte einen signifikanten Verteilungsunterschied bezüglich der Strukturen. So wird, wenn nur eine Therapieform angeboten wird, häufiger nur Einzeltherapie angeboten. Am zweithäufigsten ist das Angebot von sowohl Einzel- als auch Gruppentherapie. Einrichtungen, die ausschließlich Gruppentherapien anbieten sind unter den Teilnehmenden deutlich weniger häufig vertreten. Die Tabelle 16 zeigt jene Verteilung hinsichtlich des Angebots von ausschließlich Einzel- oder Gruppentherapie bzw. des Angebots beider Therapiestrukturen.

Von den 200 Einrichtungen, die die Frage zur Therapiestruktur beantworteten, bieten 110 Einrichtungen ausschließlich Einzeltherapie und 21 ausschließlich Gruppentherapie an, während in den restlichen 69 Einrichtungen beide Therapieformen angeboten werden.

Tabelle 16 *Nennungshäufigkeiten und Anteilswerte bezüglich der Therapiestruktur (n = 200)*

Therapiestruktur	Nennungshäufigkeit	Anteilswert (n = 200)
nur Einzeltherapie	110	55,0 %
Einzel- und Gruppentherapie	69	34,5 %
nur Gruppentherapie	21	10,5 %
Summe	200	100,0 %

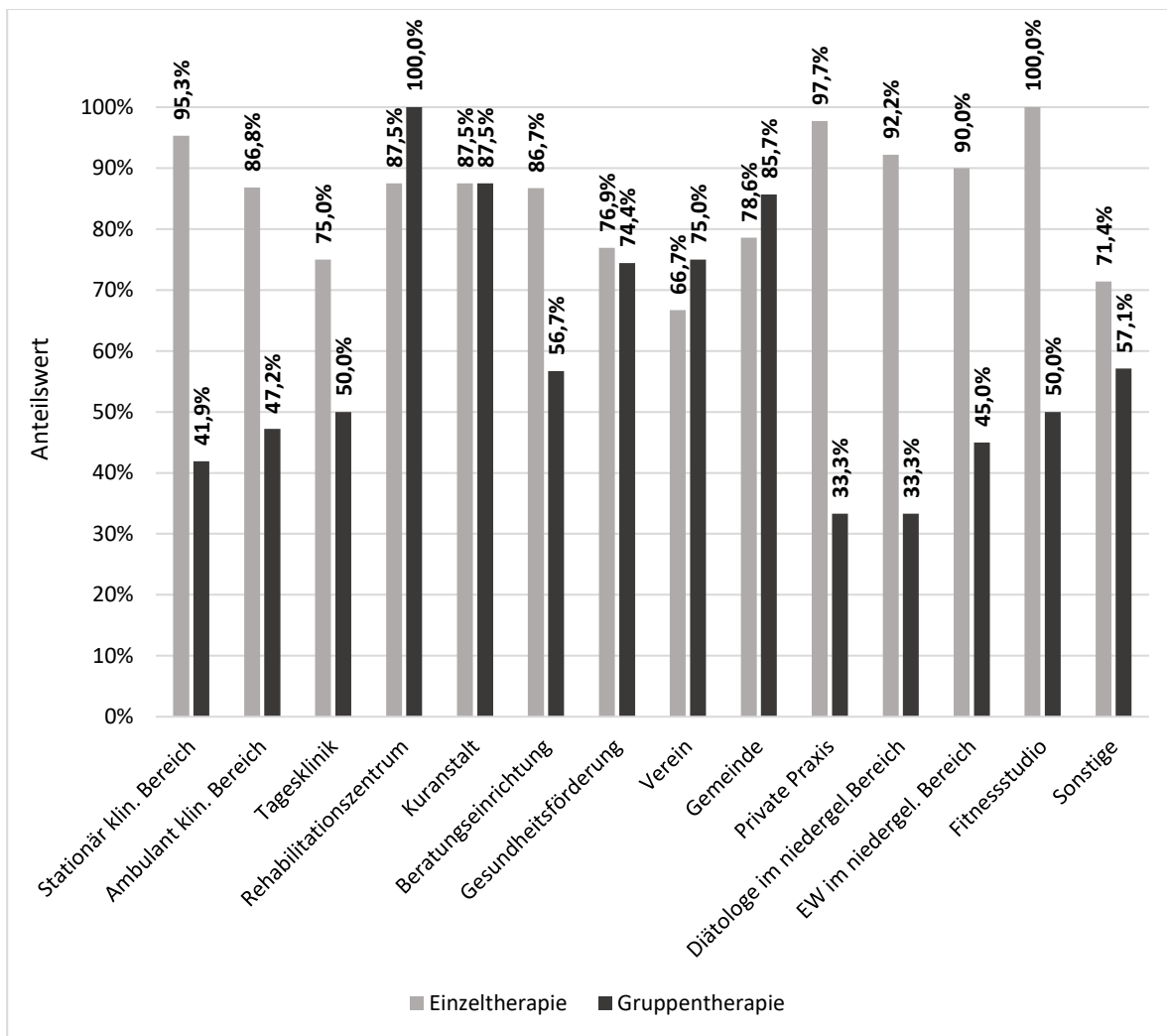


Abbildung 18. Anteilswerte der Nennungen von Gruppen- bzw. Einzeltherapie in den verschiedenen Settings (Mehrfachnennungen möglich)

Zusätzlich wurden die Anteilswerte von Einzel- bzw. Gruppentherapie und deren Verteilung in den verschiedenen Settings betrachtet. Auffällig ist das vergleichsweise häufige Angebot von Gruppentherapie in Rehabilitationszentren sowie bei Leistungen von Vereinen und Gemeinden. Dem gegenüber steht ein überwiegendes Angebot von Einzeltherapien in den übrigen Settings, mit Ausnahme von Kuranstalten, in denen beide Therapieformen gleich häufig angeboten werden. Die Abbildung 18 zeigt die entsprechenden Anteilswerte (%) von Gruppen- und Einzeltherapie in den verschiedenen Settings.

4.2.10 Zeitraumen und Dauer der Therapie

Insgesamt 154 Einrichtungen gaben an, ihr Angebot in einem individuellen Zeitrahmen stattfinden zu lassen, bei 44 Einrichtungen findet die Leistung innerhalb eines fixen Zeitrahmens statt. Die Antwort „Sonstige“ wurde von 2 Einrichtungen gewählt, welche laut eigenen Angaben nur eine einmalige ambulante Abklärung bzw. Kontrolluntersuchung anbieten. Häufig im

Kommentarfeld angeführte Anmerkungen und Informationen bei Angeboten mit individueller Zeitdauer waren Angaben zur Mindestdauer der Therapie und die Information, dass die Therapie bedarfsorientiert, nach der individuellen persönlichen und klinischen Situation und in manchen Fällen je nach Gewichtsabnahme bzw. je nach Zielsetzung oder abhängig von Begleiterkrankungen erfolgt.

Bei Angeboten mit fixer Zeitdauer erfolgt die Therapie fast ausschließlich semesterweise oder für ein Jahr (in den meisten Fällen auf das Schuljahr bezogen), sowie in Form von mehrwöchigen, meist im Sommer stattfindenden, Aufenthalten.

Die Abbildung 19 zeigt in Form eines Kreisdiagramms die prozentuelle Verteilung in welchem Zeitrahmen das gesamte Angebot stattfindet.

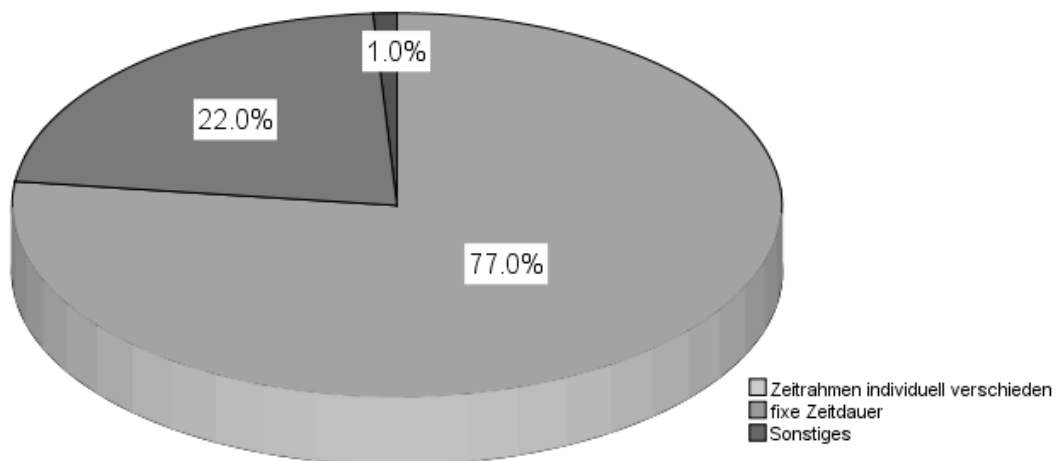


Abbildung 19. Anteilswerte bezüglich der Therapiedauer (n = 200)

4.2.11 Arbeit nach evidenzbasierten Leitlinien

Ein weiterer wichtiger Punkt, zu welchem die Teilnehmenden befragt wurden, ist, ob nach evidenzbasierten Leitlinien gearbeitet wird. Hierzu sollen die Abbildungen 20 und 21 sowohl die Anteilswerte der gültigen Antworten als auch die Verteilung der Anteilswerte unter Berücksichtigung fehlender Antworten veranschaulichen.

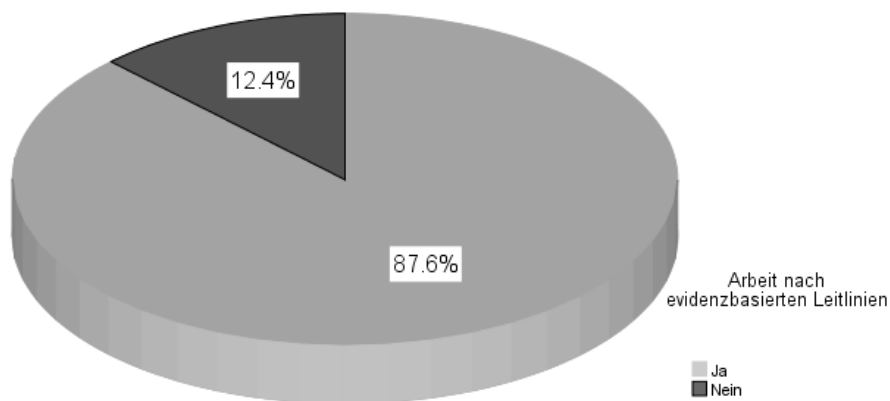


Abbildung 20. Anteilswerte der Nennungen hinsichtlich der Arbeit nach evidenzbasierten Leitlinien (n = 161)

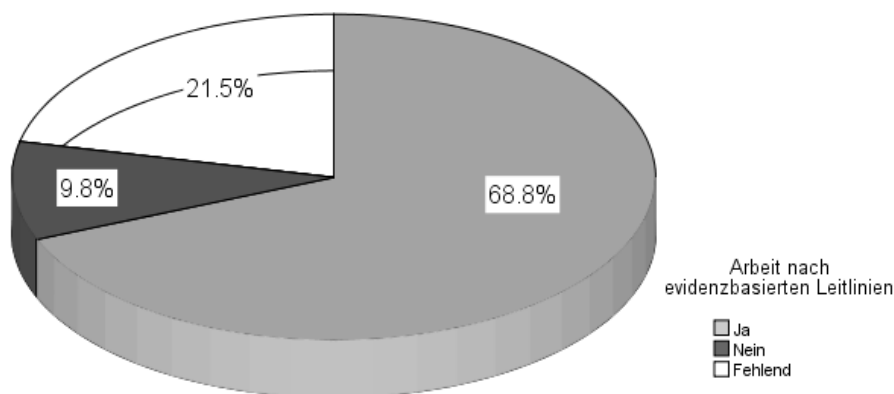


Abbildung 21. Anteilswerte der Nennungen hinsichtlich der Arbeit nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung fehlender Antworten (n = 205)

Während der Anteilswert derjenigen Einrichtungen, die nach evidenzbasierten Leitlinien arbeiten, ohne Einbezug fehlender Antworten beinahe 90% ausmacht, stellt sich dieser Anteil unter Berücksichtigung aller Teilnehmenden, d.h. auch derer, die sich ihrer Stimme enthielten, mit etwa 70% deutlich geringer dar.

Weiters wurde ermittelt, welche Leitlinien in den Therapieprogrammen Anwendung finden. Zusätzlich zu einer Auswahl aus acht der üblichsten Leitlinien hatten die Teilnehmenden abermals die Möglichkeit „Sonstige“ auszuwählen und diese im Kommentarfeld näher zu benennen. Die Tabelle 17 zeigt die zur Auswahl gestandenen Leitlinien sowie ihre jeweiligen Nennungshäufigkeiten und Anteilswerte.

Tabelle 17 Häufigkeiten und Anteilswerte der Nennungen bezüglich angewandter Leitlinien in absteigender Reihenfolge (Mehrfachnennungen möglich)

	Nennungshäufigkeit	Anteilswert (n = 268)	Anteilswert der Fallzahl (n = 138)
Evidenzbasierte Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas (S3-Leitlinie)	117	43,7 %	84,8 %
Leitlinien für Diagnostik, Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes und Jugendalter (S2-Leitlinie)	39	14,6 %	28,3 %
Evidenzbasierte Leitlinie Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (S3-Leitlinie)	24	9,0 %	17,4 %
S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas	30	11,2 %	21,7 %
Kurzform S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas	19	7,1 %	13,8 %
Obesity Facts: Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines	11	4,1 %	8,0 %
Obesity Facts: Interdisciplinary European Guidelines on Surgery of Severe Obesity	6	2,2 %	4,3 %
Fettkonsum und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten	12	4,5 %	8,7 %
Sonstige	10	3,7 %	7,2 %
Summe	268		

In 117 Einrichtungen und damit am häufigsten erfolgen angebotene Leistungen nach der S-3 Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“. Andere Leitlinien werden deutlich seltener angewandt.

Unter dem Punkt „Sonstige“ waren „Quellen aus der Schweiz und Frankreich“, „Bodymed-Ernährungskonzept als wissenschaftlich evaluiertes Programm“, „Österreichische und Deutsche Gesellschaft für Ernährung“, „Curricula Diabetes FIT“, „Hepafast nach Dr. Worm“, „Empfehlungen basierend auf aktuellsten Studien zu den Themen Sport und Gesundheit“, „Diätologen Verbandsrichtlinien“ sowie Empfehlungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA), der Österreichischen Adipositas Gesellschaft (ÖAG), der Österreichischen Gesellschaft für Adipositas- und Metabolische Chirurgie (ÖGAMC) und der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG) als Beispiele angeführt.

Die Abbildungen 22 und 23 zeigen die Häufigkeiten der Anwendung evidenzbasierter Leitlinien in den unterschiedlichen Settings.

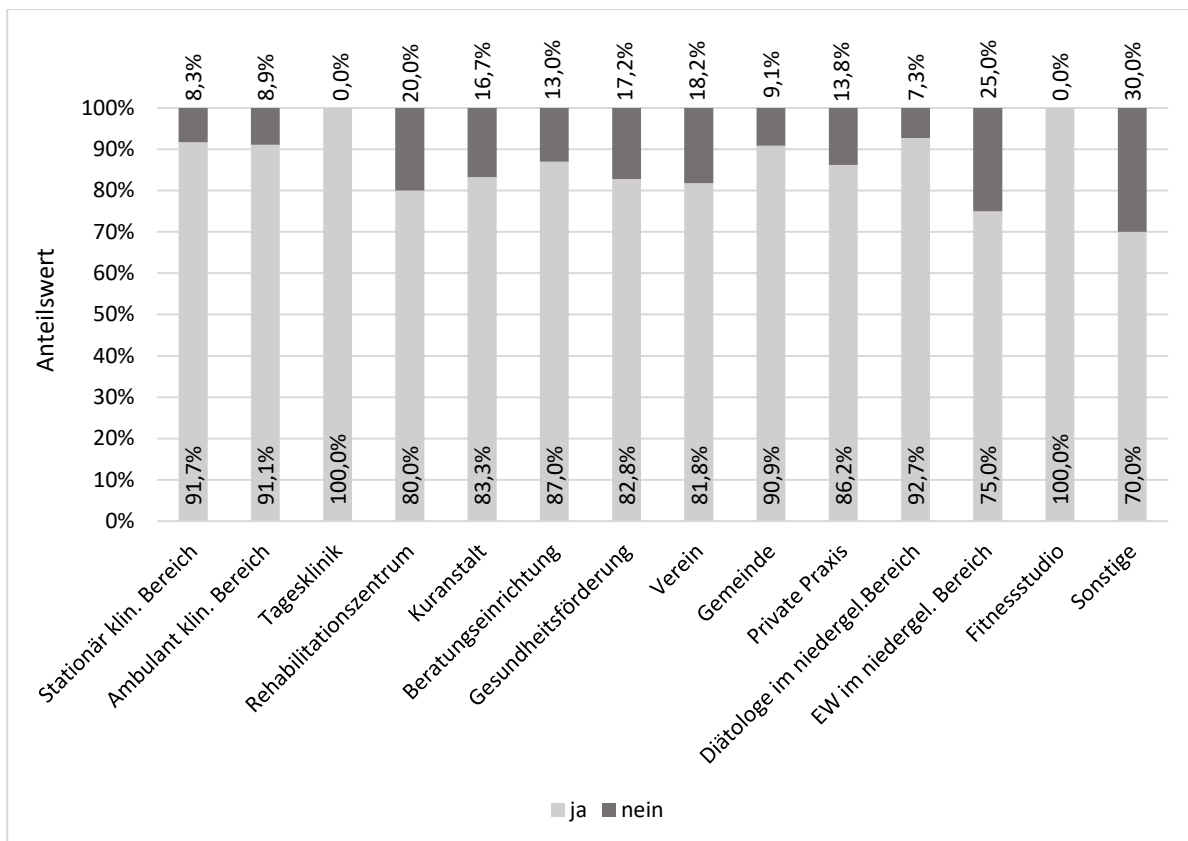


Abbildung 22. Anteilswerte in Bezug auf die Anwendung evidenzbasierter Leitlinien in den unterschiedlichen Settings (n = 161)

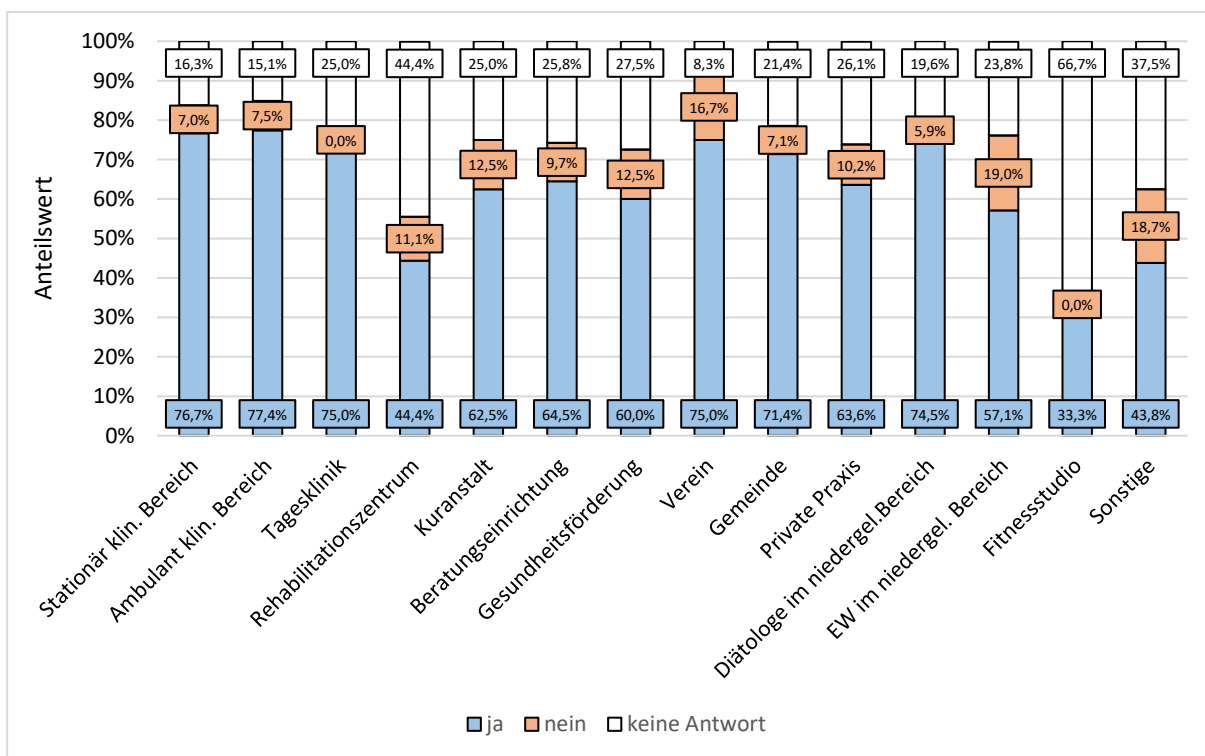


Abbildung 23. Anteilswerte in Bezug auf die Anwendung evidenzbasierter Leitlinien in den unterschiedlichen Settings unter Berücksichtigung fehlender Antworten (n = 205)

4.2.12 Evaluierung der Angebote

Hinsichtlich fehlender Antworten sieht es bei der Frage nach der Durchführung einer Evaluierung der angebotenen Leistungen noch ernüchternder aus als bei der Frage nach evidenzbasierten Leitlinien. Während von den 144 Teilnehmenden, welche die Frage beantworteten, 77 (53,5%) und damit mehr als die Hälfte eine stattfindende Evaluierung der Angebote in ihrer Institution bejahten, machen diese 77 Einrichtungen unter Einbezug aller Fragebögen 37,6% aus, da insgesamt 29,8% der Stimmen auf fehlende Antworten entfallen. Explizit verneint wurde das Stattfinden einer Leistungsevaluierung von 67 (46,5% bzw. 32,7%) Institutionen. Die unterschiedlichen Verteilungen der Antworten sind in den Abbildungen 24 und 25 veranschaulicht.

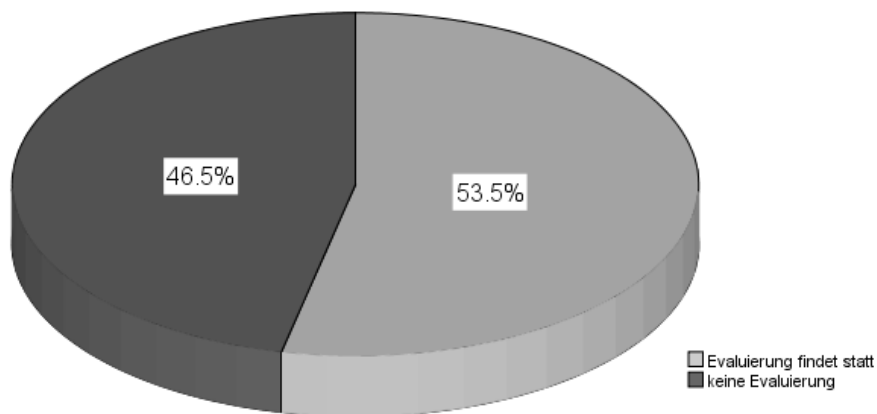


Abbildung 24. Anteilswerte der Nennungen hinsichtlich der Durchführung einer Programmevaluierung (n = 144)

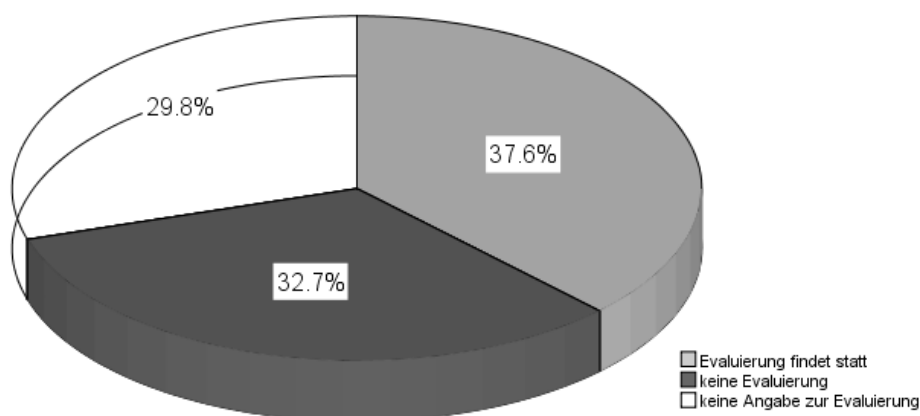


Abbildung 25. Anteilswerte der Nennungen hinsichtlich der Durchführung einer Programmevaluierung unter Berücksichtigung fehlender Antworten (n = 205)

Die Abbildungen 26 und 27 zeigen die Häufigkeiten der Durchführung einer Programmevaluierung in den unterschiedlichen Settings.

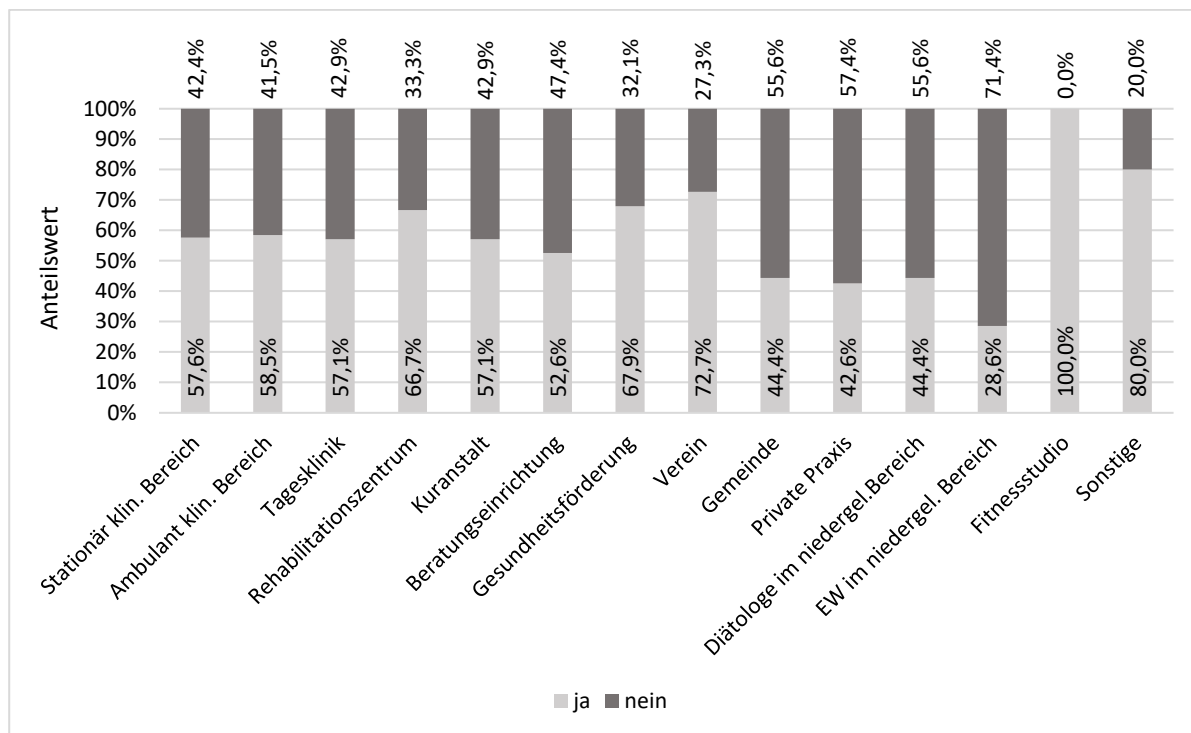


Abbildung 26. Anteilswerte in Bezug auf die Durchführung einer Programmevaluierung in den unterschiedlichen Settings (n = 144)

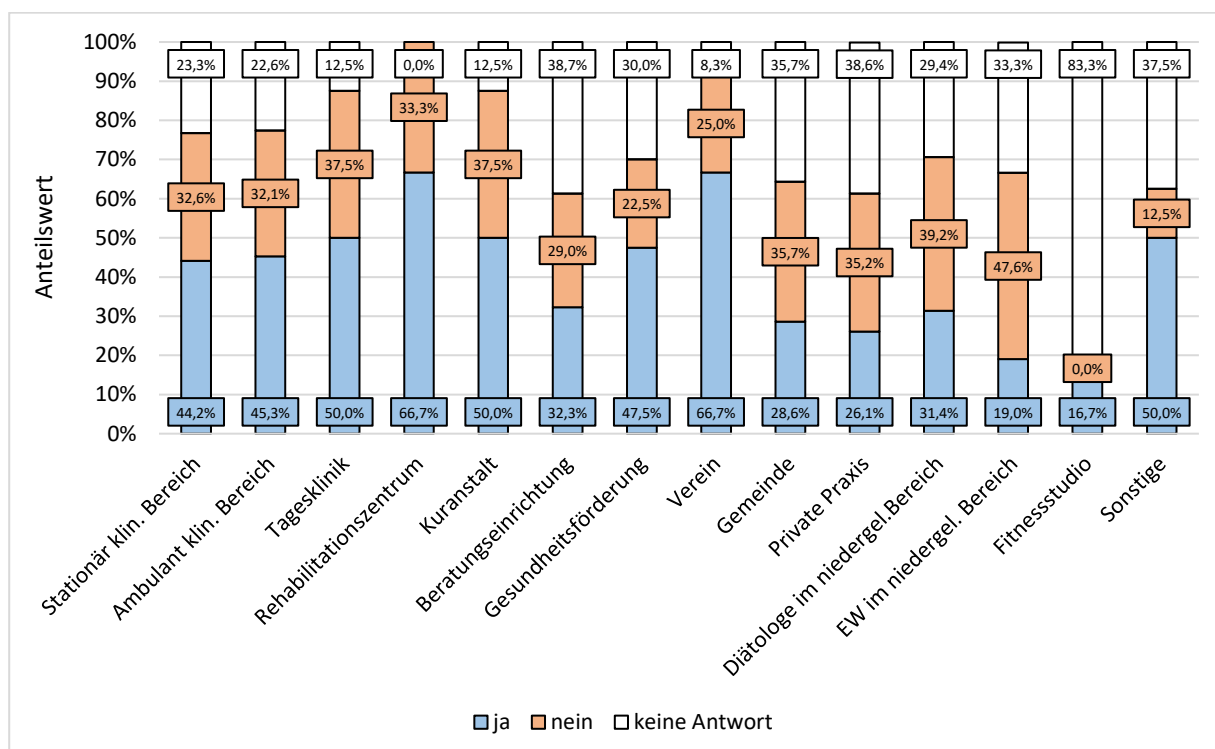


Abbildung 27. Anteilswerte in Bezug auf die Durchführung einer Programmevaluierung in den unterschiedlichen Settings unter Berücksichtigung fehlender Antworten (n = 205)

4.3 Angaben zu den Therapieteilnehmern

4.3.1 Betreute Altersgruppen

Ob die angebotenen Leistungen für Kinder und Jugendliche vorgesehen oder für Erwachsene ausgelegt sind und welche Altersgruppen in einer Einrichtung betreut werden, war insbesondere für die Erstellung der Broschüren von Bedeutung. Die Einteilung der zur Auswahl stehenden Altersgruppen erfolgte gemäß österreichischem Ernährungsbericht, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

Die Frage nach den in einer Einrichtung betreuten Altersgruppen wurde mit einer Ausnahme von allen Teilnehmern beantwortet (n = 204). Die Abbildung 28 zeigt, dass in 31,9% der Einrichtungen Kinder bis zum Alter von 9 Jahren betreut werden. In knapp der Hälfte (47,5%) werden Kinder von 10-14 Jahren betreut und 15-17-Jährige in 56,9% der Institutionen. Deutlich höher ist der Prozentsatz derer, die in der Therapie von Erwachsenen tätig sind: 18-25-Jährige werden in 77,0% der Einrichtungen betreut, 26-50-Jährige in 81,9% und 51-65-Jährige in 82,4%. Vertreter der Altersgruppe der über 65-Jährigen werden in 69,1% der Fälle betreut.

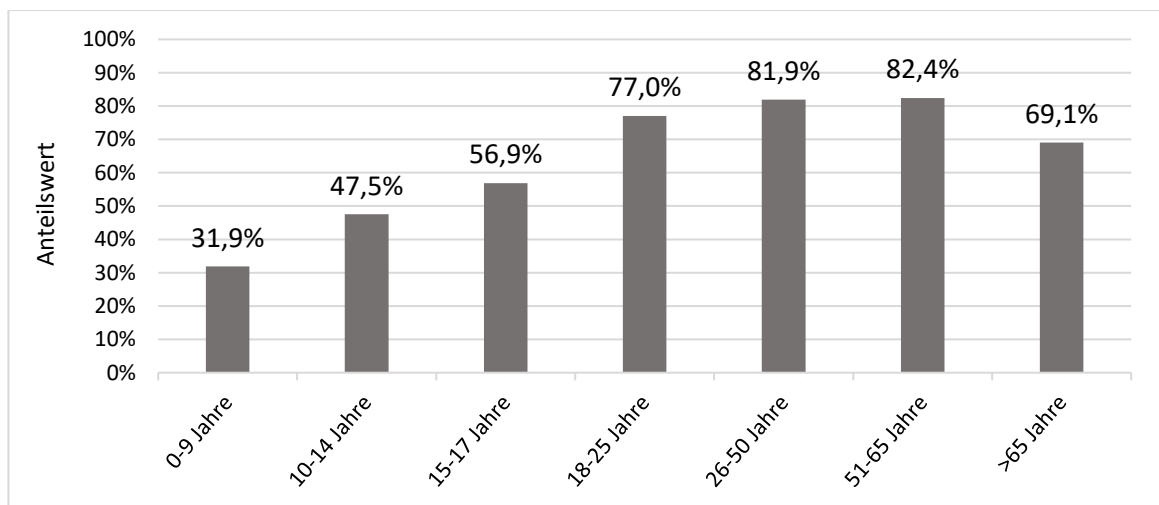


Abbildung 28. Anteilswerte der in den Einrichtungen betreuten Altersgruppen (Mehrfachnennungen möglich, n = 204)

Die Tabelle 18 zeigt eine gröbere Einteilung in Therapieangebote für Kinder und Jugendliche (bis 18 Jahre) auf der einen Seite und Therapieangebote für Erwachsene und Senioren (ab 18 Jahre) auf der anderen Seite. So finden Personen unter 18 Jahren in insgesamt 127 (62,3%) der 204 Einrichtungen ein für sie vorgesehenes Angebot, während dies in 173 (84,8%) Fällen für über 18-Jährige zutrifft. Angebote ausschließlich für Kinder und/oder Jugendliche bieten 31 Einrichtungen, Angebote ausschließlich für Erwachsene 77 Einrichtungen und damit mehr als doppelt so viele.

Tabelle 18 Häufigkeiten und Anteilswerte der Nennungen hinsichtlich betreuter Altersgruppen
(Mehrfachnennungen möglich, n = 204)

		Angebote für Erwachsene und Senioren		
Angebote für Kinder und Jugendliche		nein	ja	gesamt
	nein	0	77	77
		0,0 %	37,7 %	37,7 %
	ja	31	96	127
		15,2 %	47,1 %	62,3 %
gesamt		31	173	204
		15,2 %	84,8 %	100,0 %

4.3.2 Anteil weiblicher Teilnehmer

Es lässt sich erkennen, dass der Anteil weiblicher Teilnehmer an Adipositastherapieprogrammen jenen männlicher Teilnehmer deutlich überwiegt. Zusammengefasst betrachtet machte der Frauen- und Mädchenanteil in 147 (86,0%) der insgesamt 171 Einrichtungen, die den Anteil an weiblichen Teilnehmern an ihren Programmen angaben, über 50% aus.

Während der Frauen- und Mädchenanteil in 4 (2,3%) Einrichtungen auf zwischen 0% und 25% und in 20 (11,7%) Einrichtungen auf 26-50% liegend geschätzt wurde, gaben deutlich mehr Einrichtungen einen höheren Anteilswert an. In 107 (62,2%) Einrichtungen lag der Anteil bei 51-75%, in 40 (23,4%) Einrichtungen machten weibliche Teilnehmer sogar 76-100% aus.

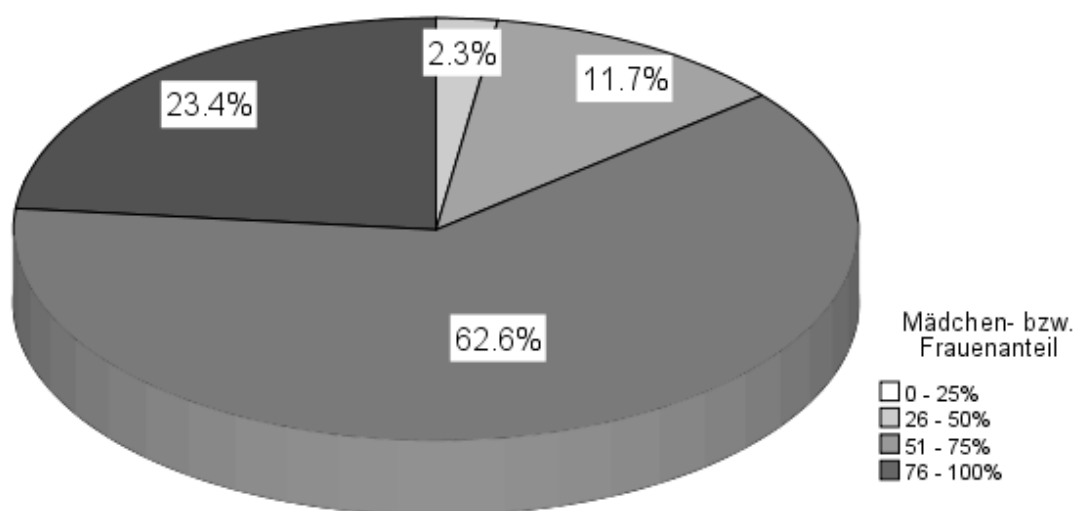


Abbildung 29. Anteil weiblicher Teilnehmer an der Gesamtteilnehmerzahl (n = 171)

4.3.3 Migrationshintergrund und kulturelle Unterschiede

Insgesamt 136 (66,3%) Teilnehmende gaben an, in ihrer Einrichtung auch Patienten mit Migrationshintergrund zu betreuen, wobei „mit Migrationshintergrund“ in diesem Fall, entgegen üblicher Definitionen, mit „beide Elternteile sind im Ausland geboren“ definiert war. Von den übrigen Institutionen verneinten 23 (11,2%) die Frage, 46 (22,4%) ließen sie unbeantwortet.

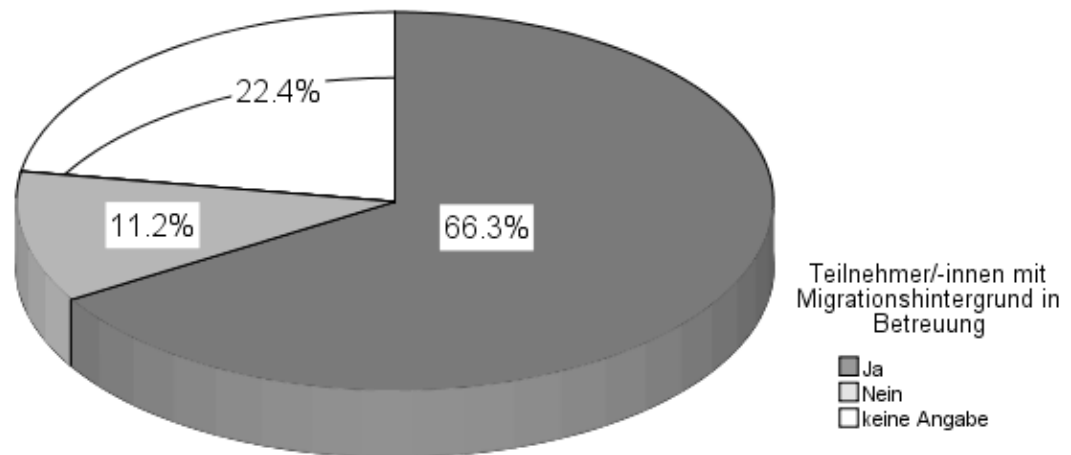


Abbildung 30. Anteilswerte bezüglich der Betreuung von Teilnehmern mit Migrationshintergrund (n = 205)

Zum Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund bezogen auf alle betreuten Patienten äußerten sich 126 der 136 die vorige Frage bejahenden Fragebogenteilnehmer. Die Angaben reichten von 0% bis 80% Teilnehmer mit Migrationshintergrund bezogen auf die Gesamtteilnehmerzahl. Am häufigsten wurde mit 28 Nennungen ein Anteilswert von 5,0% angegeben. Der durchschnittliche Anteil konnte zu 20.1 ± 19.8 ($Md = 10.0$) Prozent ermittelt werden.

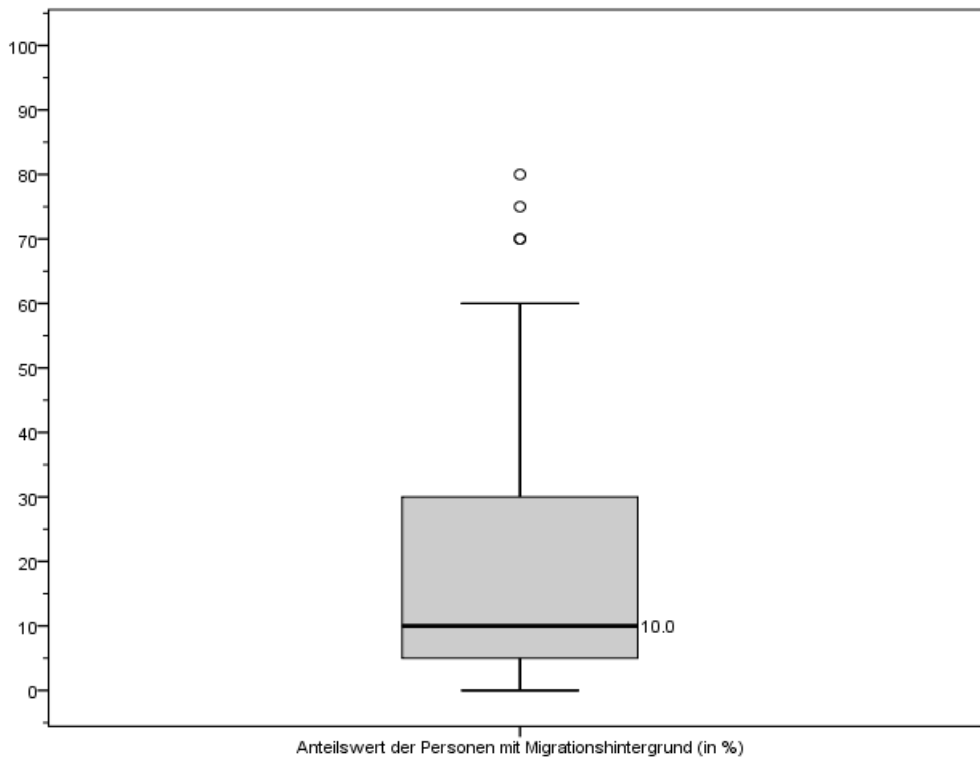


Abbildung 31. Anteil der in den Einrichtungen betreuten Personen mit Migrationshintergrund bezogen auf die Gesamtteilnehmerzahl mit Median (n = 126)

Kulturelle Unterschiede im Hinblick auf spezielle und religiöse Essgewohnheiten werden in 110 (53,7%) Einrichtungen berücksichtigt. Mit 15 (7,3%) Nennungen deutlich geringer ist die Anzahl jener Einrichtungen, die kulturell bedingte Essgewohnheiten unberücksichtigt lassen. Nicht zu vernachlässigen ist hier der hohe Prozentsatz an fehlenden Antworten.

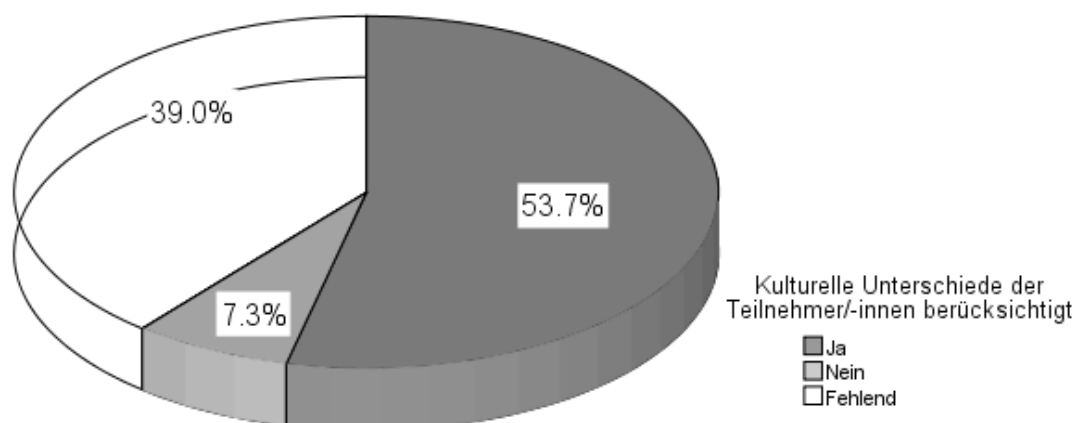


Abbildung 32. Anteilswerte bezüglich der Berücksichtigung kultureller Unterschiede der Patienten (n = 205)

4.3.4 Einschlusskriterien

Zu erfüllende Einschlusskriterien, um an einer angebotenen Leistung teilnehmen zu dürfen, gibt es in insgesamt 86 Einrichtungen. In 69 Fällen gibt es keine Einschlusskriterien und 50 Einrichtungen machten dazu keine Angabe. Bezogen auf die Anzahl gültiger Antworten gibt es somit in 55,5% der Fälle Einschlusskriterien für ein Therapieangebot, in 44,5% der Fälle nicht, wie in der Abbildung 33 ersichtlich ist.

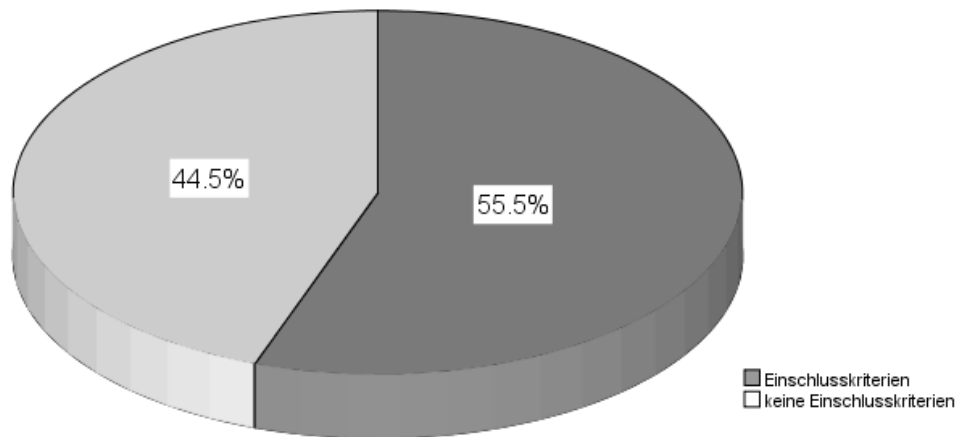


Abbildung 33. Anteilswerte hinsichtlich zu erfüllender Einschlusskriterien (n = 155)

Insgesamt 85 Institutionen machten genauere Angaben zu den erforderlichen Einschlusskriterien. Die Tabelle 19 zeigt die jeweilige Nennungshäufigkeiten der verschiedenen zur Auswahl gestandenen Einschlusskriterien, sowie deren jeweilige Anteilswerte bezogen auf die Gesamtzahl der Nennungen (n = 373) und die Fallzahl (n = 85).

Tabelle 19 Häufigkeiten und Anteilswerte bezüglich der verschiedenen Einschlusskriterien (Mehrfachnennungen möglich)

Einschlusskriterien (Kategorie)	Nennungshäufigkeit	Anteilswert (n = 373)	Anteilswert der Fallzahl (n = 85)
BMI 90. – 97. Perzentile	21	5,6 %	24,7 %
BMI > 97. Perzentile	21	5,6 %	24,7 %
BMI > 99,5. Perzentile	19	5,1 %	22,4 %
BMI > 25,0	27	7,2 %	31,8 %
BMI > 25,0 und metabolisches Syndrom	24	6,4 %	28,2 %
BMI 30,0 – 39,9 (Adipositas Grad I und II)	37	9,9 %	43,5 %
BMI > 40,0 (Adipositas Grad III)	40	10,7 %	47,1 %
erhöhter Taillenumfang	19	5,1 %	22,4 %
deutlich erhöhter Taillenumfang	22	5,9 %	25,9 %
ärztliche Eingangsuntersuchung	55	14,7 %	64,7 %
Bereitschaft/Motivation	63	16,9 %	74,1 %
Sonstige	25	6,7 %	29,4 %
Summe	373		

Am häufigsten, nämlich in 74,1% der Einrichtungen, stellt die Bereitschaft und Motivation an einer Therapie teilzunehmen ein Einschlusskriterium für die gebotene Leistung dar. In 64,7% der Fälle muss eine ärztliche Eingangsuntersuchung zum Ausschluss von Grunderkrankungen stattgefunden haben, um am Angebot teilnehmen zu können. Bestimmte Body-Mass-Index Werte spielen ebenfalls in bis zu 47,1% der Institutionen eine Rolle. Ein erhöhter Taillenumfang, definiert als ≥ 94 cm bei Männern und ≥ 80 cm bei Frauen, gilt in 22,4% der Einrichtungen als Einschlusskriterium, ein deutlich erhöhter Taillenumfang, definiert als ≥ 102 cm bei Männern und ≥ 88 cm bei Frauen, in 25,9% der Einrichtungen.

Im Kommentarfeld zur insgesamt 25 mal gewählten Antwortmöglichkeit „Sonstige“ waren weitere Eintragungen bezüglich Einschlusskriterien zu finden. Die Angaben reichten von Einschlusskriterien, die sich auf Versicherungen und Zusicherung der Kostenübernahme durch Versicherungsträger, ärztliche und psychologische Gutachten und Überweisungen, bestimmte Komorbiditäten und Risikofaktoren oder auch konkrete BMI Werte in Verbindung mit Komorbiditäten bezogen, bis zu speziellen Kriterien wie Nichtraucher, Kenntnis der deutschen oder englischen Sprache und der ausschließlichen Aufnahme gesunder Personen in einer Primärprävention anbietenden Institution.

Weiters ist in Abbildung 34 dargestellt wie häufig zu erfüllende Einschlusskriterien in den verschiedenen Settings sind, wobei für die Darstellung nur gültige Antworten berücksichtigt wurden.

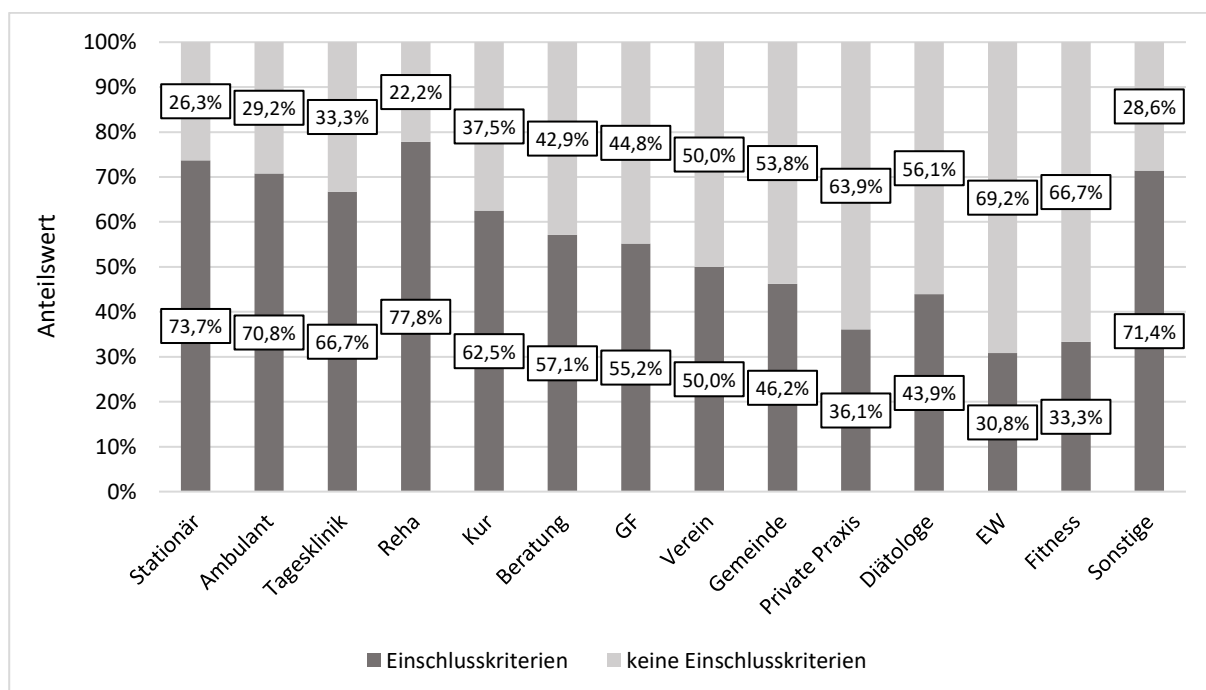


Abbildung 34. Anteilswerte hinsichtlich zu erfüllender Einschlusskriterien in den verschiedenen Settings (n = 85)

4.3.5 Einbezug des sozialen Umfelds

Insgesamt 160 der befragten Einrichtungen gaben an, das soziale Umfeld, etwa Familie und Freunde der Patienten in ihr Angebot miteinzubeziehen. Als Beispiele für einen Einbezug waren Kochkurse, Einkaufschecks, Einkaufslisten und Ernährungslehre angeführt. In 27 Einrichtungen findet ein solcher Einbezug nicht statt, die übrigen 18 Einrichtungen ließen die Frage unbeantwortet. Gesamt betrachtet bieten also 78,0% aller befragten Institutionen Leistungen bei denen auch Angehörige involviert werden an, bezieht man sich nur auf die gültigen Antworten sind es sogar 85,6%.

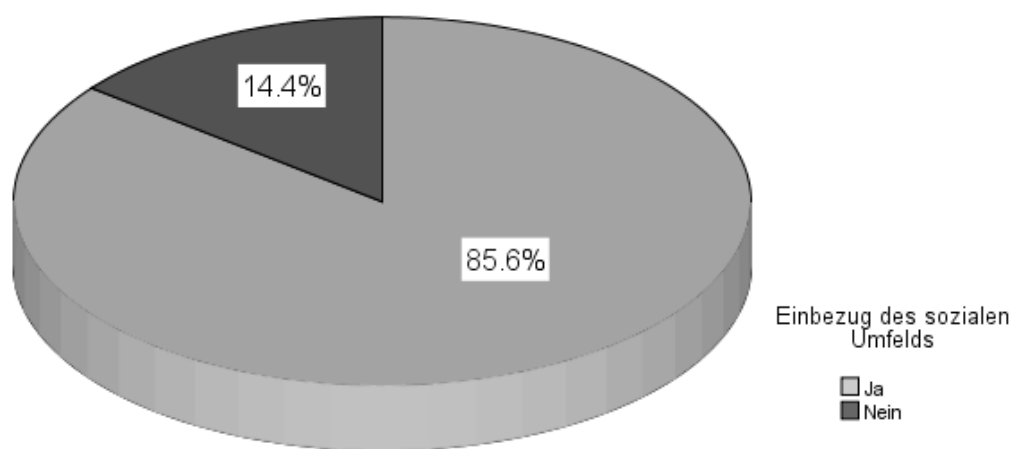


Abbildung 35. Anteilswerte hinsichtlich dem Einbezug des sozialen Umfelds der Patienten in die angebotenen Leistungen (n = 187)

4.4 **Eingangsuntersuchungen, Verlaufskontrolle, Dokumentation**

4.4.1 Eingangsuntersuchungen

Mit einer Ausnahme machten alle teilnehmenden Einrichtungen Angaben zu den im Rahmen ihrer Angebote durchgeführten Untersuchungen, wovon in lediglich zwei dieser Einrichtungen keine Untersuchungen vorgesehen sind. Die Tabelle 20 zeigt die jeweiligen Nennungshäufigkeiten und die entsprechenden Anteilswerte der zur Auswahl gestandenen Untersuchungen. Körpergewicht und -größe sowie der daraus abgeleitete BMI werden in fast allen Einrichtungen ermittelt. Verschiedene Protokolle und Fragebögen finden in 45,6% (Fragebogen zur Lebensqualität, Selbstwert, Sucht ect.) bis 63,2% (Ernährungserhebungen) der Einrichtungen Anwendung. Auch diverse Blutparameter zählen in 42,2% bis 53,9% der Fälle zu im Rahmen des Angebots durchgeführten Untersuchungen.

Tabelle 20 Häufigkeiten und Anteilswerte der Nennungen bezüglich durchgeführter Untersuchungen in absteigender Reihenfolge (Mehrfachnennungen möglich)

Untersuchung (Kategorie)	Nennungshäufigkeit	Anteilswert (n = 2158)	Anteilswert der Fallzahl (n = 204)
Körpergewicht	196	9,1 %	96,1 %
BMI	193	8,9 %	94,6 %
Körpergröße	189	8,8 %	92,6 %
Taillenumfang	131	6,1 %	64,2 %
Ernährungserhebungen	129	6,0 %	63,2 %
Protokoll körperl. Akt.*	118	5,5 %	57,8 %
BIA Messung	115	5,3 %	56,4 %
Gesamtcholesterin	110	5,1 %	53,9 %
Triglyceride	107	5,0 %	52,5 %
Nüchternblutzucker	103	4,8 %	50,5 %
HDL	103	4,8 %	50,5 %
LDL	102	4,7 %	50,0 %
Blutdruckmessung	98	4,5 %	48,0 %
Harnsäure	97	4,5 %	47,5 %
Leberparameter	94	4,4 %	46,1 %
FB Lebensqualität etc.**	93	4,3 %	45,6 %
TSH	86	4,0 %	42,2 %
Oberbauchsonographie	42	1,9 %	20,6 %
Sonstige	41	1,9 %	20,1 %
Ergospirometrie	9	0,4 %	4,4 %
keine Untersuchungen	2	0,1 %	1,0 %
Summe	2158		

* Protokoll zur körperlichen Aktivität

**Fragebogen zur Lebensqualität, Selbstwert, Sucht ect.

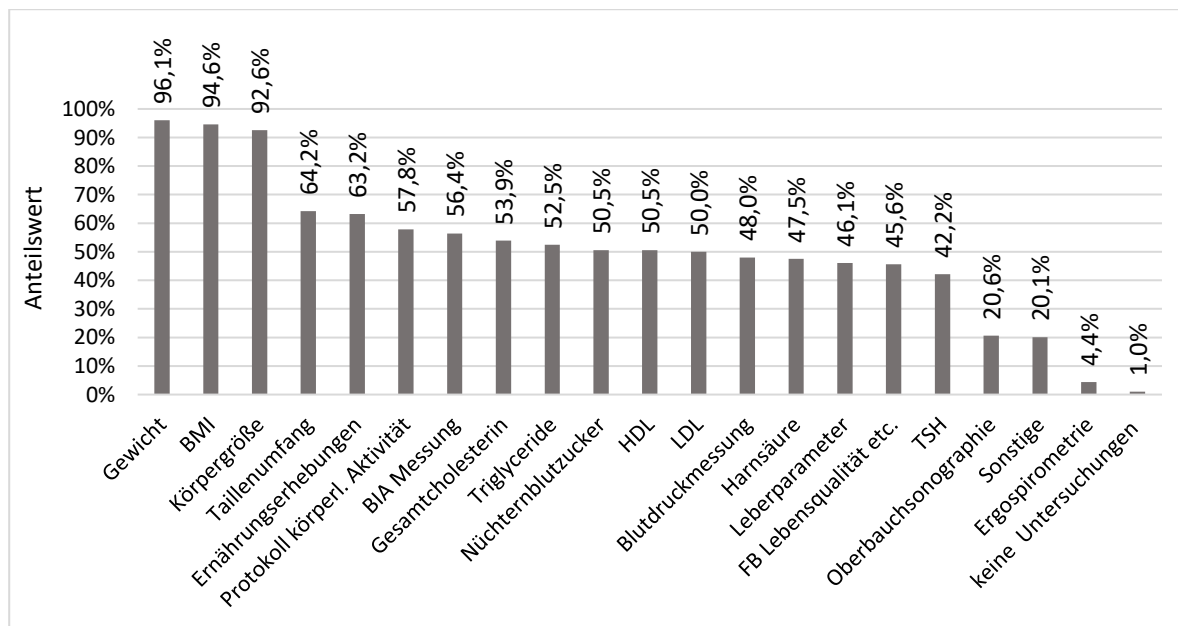


Abbildung 36. Anteilswerte der im Rahmen der Angebote durchgeführten Untersuchungen (Mehrfachnennungen möglich, n = 204)

Die **Error! Reference source not found.** beinhaltet weitere unter „Sonstige“ angeführte Untersuchungen und ihre jeweiligen Nennungshäufigkeiten.

Tabelle 21 Sonstige im Rahmen der Programme durchgeführte Untersuchungen und ihre jeweiligen Nennungshäufigkeiten in absteigender Reihenfolge

Untersuchung	Nennungshäufigkeit
Anamnesegespräch (z.B. bezüglich Vorerkrankungen, aktueller Gesundheitssituation, Medikamenteneinnahme, Ernährungsanamnese, Genogramm)	6
weitere/andere als bereits genannte Laboruntersuchungen	6
Anamnese nach der Traditionellen Chinesischen Medizin, Zungen-, Puls- und Gesichtsdagnostik	4
oraler Glukosetoleranztest	4
Gastroskopie und andere Endoskopien	4
psychologische Begutachtung	3
HbA1c-Messung	2
Knochendichtemessung	2
Befindlichkeitsprotokoll	2
weitere/andere als bereits genannte Fragebögen	2
Belastungsergometrie	2
Körperfettmessung mit Körperfettwaage	2
Körperfettmessung mit Nahinfrarotspektroskopie (NIR-Spektroskopie)	1
Futrex-Messung (Analyse der Körperzusammensetzung)	1
Fibroscan (Leberuntersuchung)	1
Sonographie der Schilddrüse	1
Grundumsatzmessung per Atemgasanalyse	1
sensorunterstütztes Glukose-Monitoring	1
Ruhe-EKG und 24-Stunden-EKG	1
24-Stunden-Blutdruckmessung	1
Stoffwechselanalyse	1
Testung auf Nahrungsmittelunverträglichkeiten	1
Antioxidationsstatus	1
Messung der Schwermetallbelastung	1
Messung von Acylcarnitin und überlangkettigen Fettsäuren	1
Messung diverser Hormone (Insulin, Glucagon, Leptin, Steroidhormone)	1
Vitaminmessungen	1
Manometrie	1
genetische Untersuchung	1
orthopädische Untersuchung	1
radiologische Kontrolle durch Adipositaschirurgen	1
Magenbandeinstellung	1
Schlafapnoescreening	1
Schlafverhalten	1
Umfang von Hüfte, Oberschenkel und Oberarm	1
Deutscher Motorik Test	1
ASKÖ Check your limits Testung	1
Selbstbeobachtungsprotokoll	1
Fragebogen zu Verdauung und Stuhlgang	1
Feedbackgespräche	1

Weiters geht aus den Antworten hervor, dass aktuelle Blutbefunde sowie gegebenenfalls andere relevante Befunde oftmals verlangt werden und von den Patienten zu Beratungsgesprächen oder Eingangsuntersuchungen mitgebracht werden sollen.

4.4.2 Untersuchungszeitpunkt

Wann die in den Programmen vorgesehenen Untersuchungen durchgeführt werden, ist in Abbildung 37 veranschaulicht. Demnach werden in fast 90% der Einrichtungen bestimmte Untersuchungen schon vor Therapiebeginn durchgeführt. Auch während der Therapie finden in den meisten Einrichtungen noch Kontroll- und Verlaufsuntersuchungen statt, während Untersuchungen am Ende einer Therapie in etwa 60% der Fälle und damit deutlich weniger oft durchgeführt werden. Immerhin die Hälfte der Einrichtungen führt auch in der Nachbetreuung noch Untersuchungen durch, was wiederum, bedenkt man, dass nicht alle Einrichtungen ein Nachbetreuungsprogramm anbieten, relativ häufig erscheint.

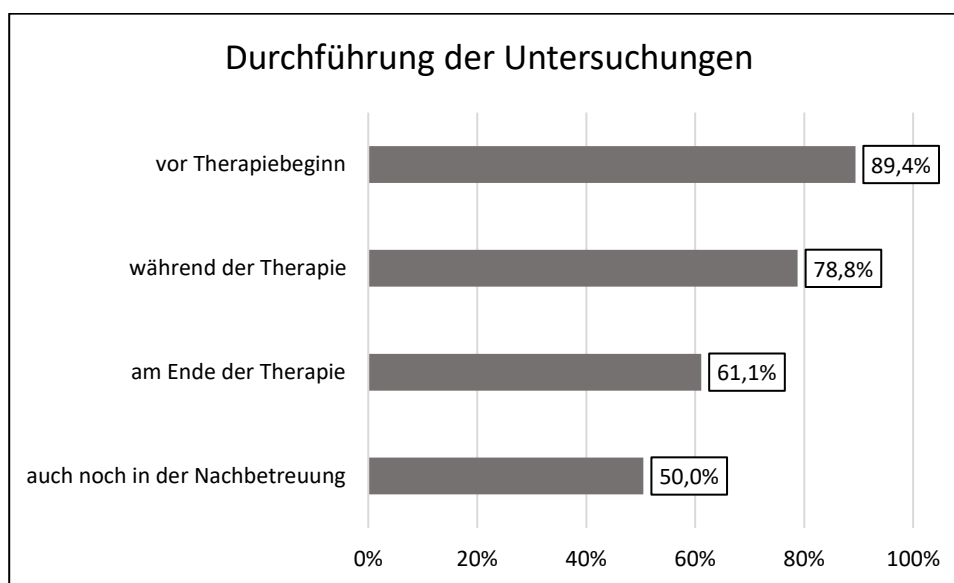


Abbildung 37. Anteilswerte hinsichtlich dem Zeitpunkt der Durchführung der vorgesehenen Untersuchungen (Mehrfachnennungen möglich, n = 198)

4.4.3 Untersuchungsdatendokumentation

In 184 (97,4%) von 189 gültigen Fällen werden die durch die Untersuchungen gewonnenen Daten dokumentiert. Lediglich 5 (2,6%) Einrichtungen verneinten eine Datendokumentation. Dies ist in der Abbildung 38 dargestellt.

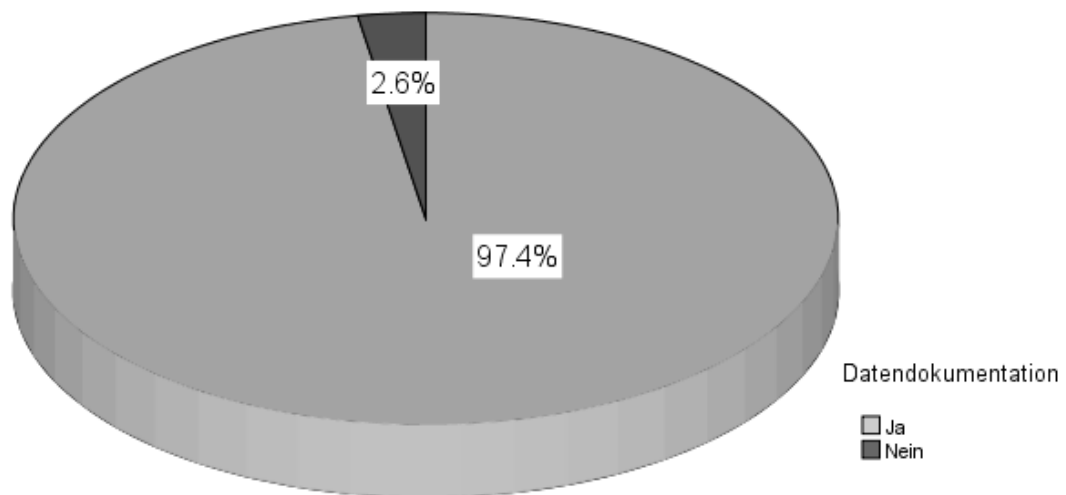


Abbildung 38. Anteilswerte hinsichtlich der Dokumentation gewonnener Untersuchungsdaten (n = 189)

4.5 Leistungsangebot bezüglich Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie

Über allgemeine Informationen und statistisch relevante Daten hinaus wurden die Adipositas-therapie anbietenden Institutionen konkreter zu ihrem Leistungsangebot befragt, um einerseits den Ist-Zustand der Angebote zu erfassen und im Hinblick auf Veränderungen seit der letzten Erhebung zu vergleichen, und um andererseits Therapiesuchenden und deren Angehörigen mehr relevante Informationen im Hinblick auf potentielle Anlaufstellen zu bieten.

So wurden die Einrichtungen weiters hinsichtlich der verschiedenen Therapieangebote - Ernährungstherapie (ET), Bewegungstherapie (BT) und Verhaltenstherapie (VT) - verglichen. Von Interesse war, welche dieser drei Therapiearten, die die Grundsäulen einer erfolgreichen Adipositas-therapie darstellen, in den einzelnen Institutionen angeboten werden.

Gesamt betrachtet wird in insgesamt 151 Einrichtungen Ernährungstherapie, in 63 Bewegungstherapie und in 64 Verhaltenstherapie angeboten.

Durch verschiedene Kombinationen von stattfindenden Therapieangeboten und aufgrund der zusätzlichen Möglichkeit Fragen unbeantwortet zu lassen ergaben sich insgesamt 27 mögliche Profile, von denen 24 auch verwirklicht wurden. Ungeachtet fehlender Antworten ergaben sich 7 verschiedene Profile, welche in Abbildung 39 mit ihren jeweiligen Nennungshäufigkeiten veranschaulicht sind.

Demnach werden in insgesamt 33 Institutionen Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie angeboten, in 21 Ernährungs- und Bewegungstherapie, in 19 Ernährungs- und Verhaltenstherapie und in 3 Bewegungs- und Verhaltenstherapie.

In 78 Fällen beschränkt sich das Angebot auf Ernährungstherapie. Ausschließlich Bewegungstherapie findet in 6 Einrichtungen statt und in 9 Einrichtungen wird ausschließlich Verhaltenstherapie durchgeführt.

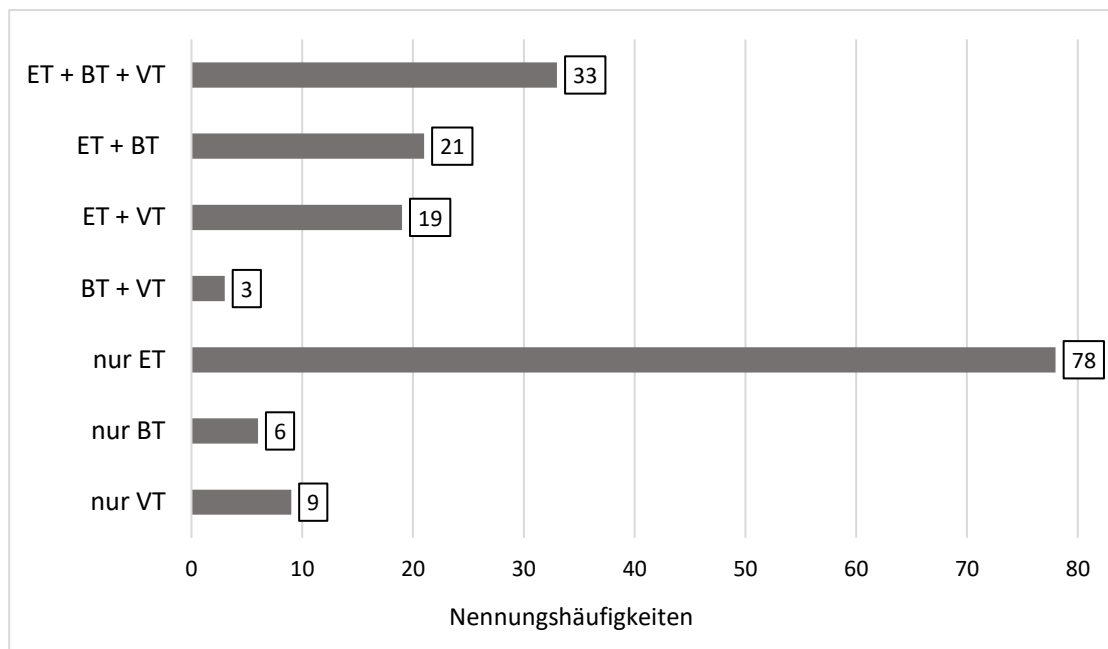


Abbildung 39. Nennungshäufigkeiten bezüglich der angebotenen Therapieformen bzw. Kombinationen (ET = Ernährungstherapie, BT = Bewegungstherapie, VT = Verhaltenstherapie); (n = 169)

In weiterer Folge wurden, zwecks der übersichtlicheren Darstellung des Vorhandenseins eines Angebots, fehlende Antworten nicht berücksichtigt. Dies sollte zugleich eine logische Schlussfolgerung sein, da davon ausgegangen werden kann, dass Einrichtungen, die eine Therapieart anbieten, die generelle Frage nach deren Angebot bejahen.

Die Abbildung 40 zeigt die Häufigkeiten des Angebots von Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie in den verschiedenen Settings.

Ernährungstherapie wird in allen zur Auswahl stehenden Settings vergleichsweise oft geboten. Ein Angebot von Bewegungstherapie finden Patienten zu einem hohen Anteil in Rehabilitationszentren (88,9%), Kuranstalten (75,0%) und Fitnessstudios (83,3%). Verhaltenstherapie wird am häufigsten in Kuranstalten (87,5%) angeboten.

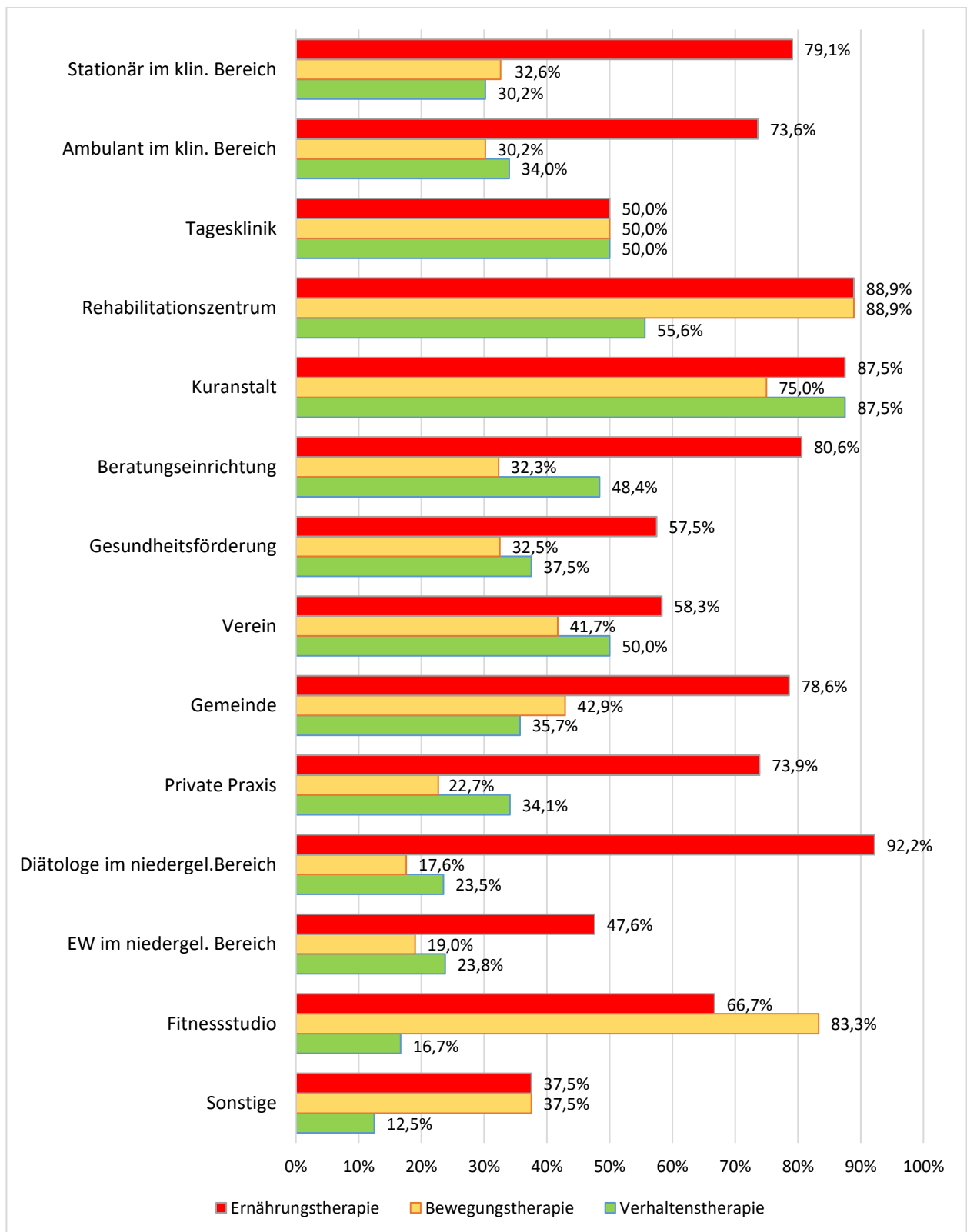


Abbildung 40. Anteilswerte bezüglich den angebotenen Therapien in den verschiedenen Settings (Mehrfachnennungen möglich, n = 205)

4.6 Angaben zum Leistungsangebot bezüglich Ernährungstherapie

Die insgesamt 151 Ernährungstherapie anbietenden Institutionen wurden in Folge zu ihrem Angebot hinsichtlich diverser Ernährungsformen befragt.

4.6.1 Ernährungsformen bezüglich Energiedichte

Bezüglich auf die Anpassung der Energiedichte abzielender Diäten, bei denen die jeweilige Energiezufuhr unter dem Energieverbrauch liegt, wenden 11 (7,3%) Einrichtungen eine VLCD, 45 (29,8%) eine LCD und 84 (55,6%) eine HBD an.

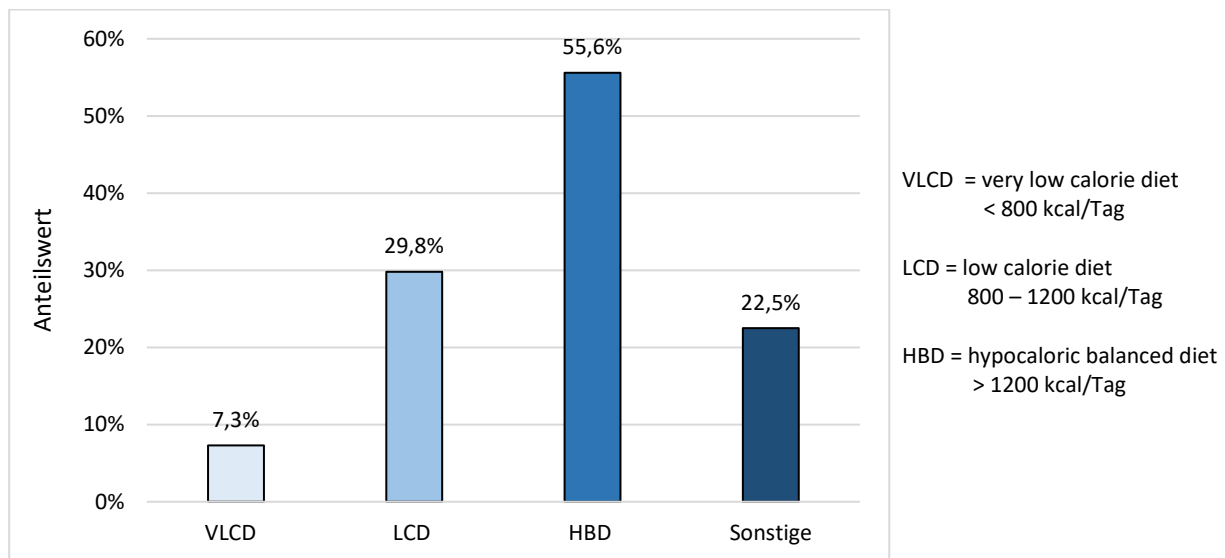


Abbildung 41. Anteilswerte angewandter Ernährungsformen bezüglich Energiedichte in den Ernährungstherapie anbietenden Institutionen (Mehrfachnennungen möglich, n = 151)

Unter der von 22,5% der Teilnehmenden genannten Antwort „Sonstige“ waren folgende Eintragungen zu finden:

Tabelle 22 Sonstige genannte Ernährungsformen bezüglich Energiedichte und ihre jeweiligen Nennungshäufigkeiten in absteigender Reihenfolge

Ernährungsform	Nennungshäufigkeit
Individuell angepasst, den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Patienten entsprechend	7
Kalorienanpassung unter Einbezug des GU und körperlicher Bewegung und unter Berücksichtigung des Lebensstils sowie individuelle Anpassung an die Ergebnisse der BIA-Messung; stoffwechselbezogene Ernährung; Bedarf und kcal Reduktion individuell berechnet;	7
kalorienreduziert	4
grundbedarfsdeckend	1
Ernährung nach dem Energiedichte-Prinzip (Bundeszentrum für Ernährung)	1
Anpassung an die Energiedichte der Portionsgrößen der Hauptmahlzeit (1,5/Normal/0,5/0,25)	1
Ernährung nach den Richtlinien der DGE unter Berücksichtigung zusätzlicher Diagnosen	1

Angaben unter „Sonstige“ bezogen sich vor allem auf das Ziel einer hinsichtlich der Energiedichte individuell angepassten Diät. Angestrebt wird beispielsweise eine Ernährungsumstellung mit besonderem Augenmerk auf die Aspekte Mahlzeitenfrequenz, Mahlzeitenzusammensetzung, Getränkeauswahl und Portionsgrößen und eine leitlinienkonforme Modifikation des Essverhaltens in Richtung „zeitgemäßer“ Esskultur.

4.6.2 Ernährungsformen bezüglich Makronährstoffen

Hinsichtlich der Verteilung der Makronährstoffe (Kohlenhydrate, Fette und Proteine) wird in 110 (72,8%) der Einrichtungen eine reduzierte Mischkost empfohlen. Eine fettreduzierte Diät findet in 87 (57,6%) Einrichtungen Anwendung und eine Ernährung mit reduziertem Kohlenhydratanteil in 71 (47,0%) Einrichtungen. Die Abbildung 42 zeigt die entsprechenden Anteilswerte, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

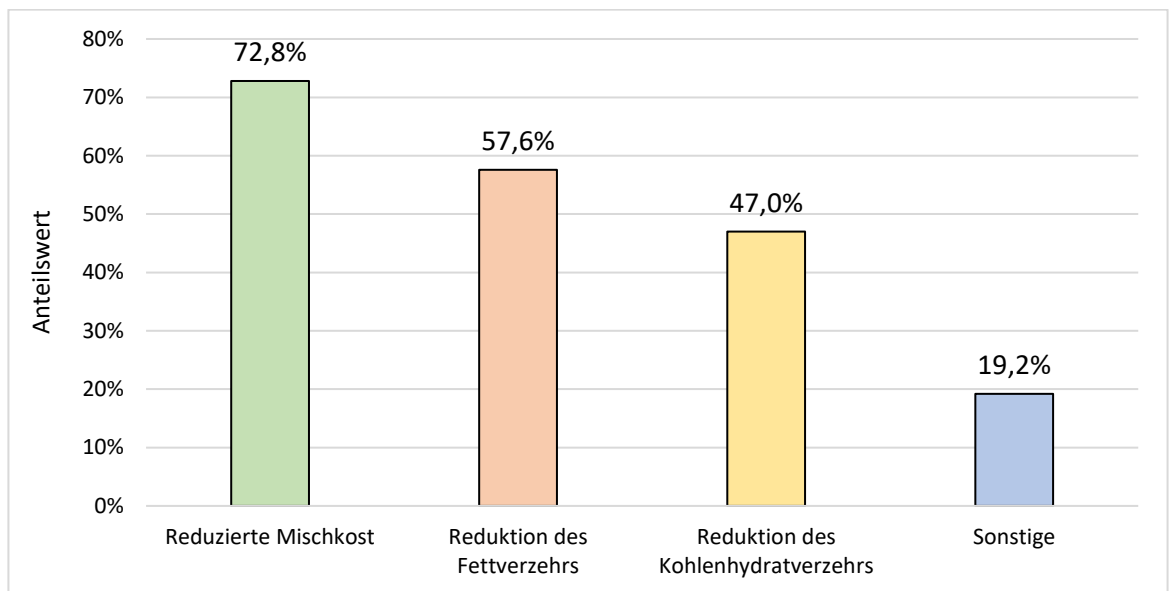


Abbildung 42. Anteilswerte angewandter Ernährungsformen bezüglich Makronährstoffen in den Ernährungstherapie anbietenden Institutionen (Mehrfachnennungen möglich, n = 151)

Weitere Nennungen unter der 29 (19,2%) mal gewählten Rubrik „Sonstige“ waren die Empfehlung einer ausgewogenen, gesunden bzw. fettmodifizierten Mischkost (N = 6), Low-Carb und No-Carb Diäten (N = 4), eiweißgestützte bzw. eiweißangepasste Diäten (N = 2), lactose-, fructose- und zuckerfreie Ernährung (N = 1), sowie eine FODMAP-arme Ernährung (N = 1). Des Weiteren wurden eine bezüglich der Makronährstoffe ausgewogene Ernährung mit zusätzlicher Substitution der Mikronährstoffe (N = 1) und Diäten mit besonderem Augenmerk auf die richtige Auswahl der Kohlenhydrate (N = 1) bzw. auf die Fettqualität (N = 1) genannt.

Mehrere Einrichtungen (N = 7) bieten im Hinblick auf die adäquate Anpassung und bedarfs-optimierende Verteilung der Makronähstoffe individuell auf den Patienten zugeschnittene Ernährungspläne, bei denen Anamnese, Bedarf, Lebensumstände, Beruf und Alltag, Bewegungsaktivität sowie Ernährungsgewohnheiten und Vorlieben der Patienten berücksichtigt werden.

Ebenso gibt es Institutionen (N = 5), die bezüglich der Makronährstoffverteilung krankheits-spezifische, spezielle Diätempfehlungen und Ernährungsformen anwenden. Ziel ist die Berücksichtigung von Grund- bzw. Zusatzerkrankung (z.B. Hyperlipidämie, Hypertonie) durch eine Anpassung der Diätempfehlungen bzw. Ernährungstherapie an mit der Erkrankung einhergehende besondere Bedürfnisse der Patienten.

Auch eine ayurvedische Gesamtbetrachtung (N = 1), eine ausreichende Nahrungszufuhr ohne Verlust der Körperzellmasse (N = 1), das Beachten von Hunger- und Sättigungsgefühlen sowie Achtsamkeit in Bezug auf das Hungererleben und die Identifikation der Art des Hungers (N = 2) waren unter „Sonstige“ angeführt.

4.6.3 Spezifische Ernährungsprogramme

Von insgesamt 144 gültigen Antworten entfielen 41 (28,5%) auf Einrichtungen deren Leistungsangebot auch spezifische Ernährungsprogramme (z. B. Atkins-Diät, Metabolic Balance, Ernährung nach der traditionellen chinesischen Medizin) umfasst. Verneint wurde ein solches Angebot von 103 (71,5%) Institutionen. Die jeweiligen Anteilswerte sind in Abbildung 43 veranschaulicht. Fehlende Antworten entfielen auf jene Einrichtungen, die keine Ernährungstherapie anbieten und solche, die ein Angebot weder explizit befürworteten noch verneinten.

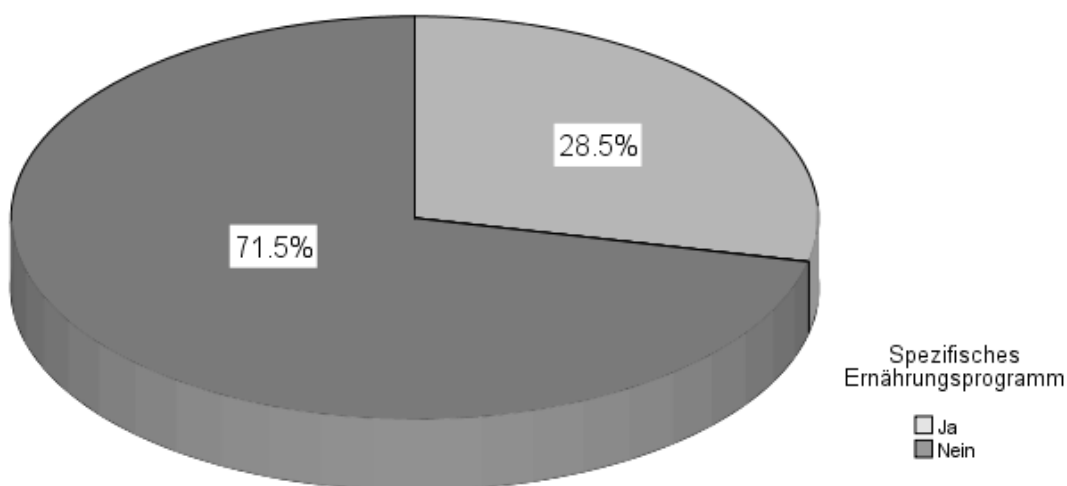


Abbildung 43. Anteilswerte hinsichtlich dem Angebot spezifischer Ernährungsprogramme in den Ernährungstherapie anbietenden Institutionen (n = 144)

Ogleich es in den meisten Institutionen kein Angebot spezifischer Ernährungsprogramme gibt, ließ sich unter den Angaben jener anbietenden Einrichtungen eine Vielfalt an speziellen Diäten und Ernährungsformen beobachten, welche mit ihren jeweiligen Nennungshäufigkeiten in Tabelle 23 gelistet sind.

Tabelle 23 *Genannte spezifische Ernährungsprogramme und ihre jeweiligen Nennungshäufigkeiten in absteigender Reihenfolge*

Ernährungsprogramm	Nennungshäufigkeit
Bodymed Ernährungskonzept	11
Leberfasten*	11
Metabolic Balance	4
myLINE-Programm	4
Ernährung nach TCM	4
Logi-Methode	3
Optimix Kinderernährung	2
Protekal	1
Ernährung nach der Dosha-Lehre	1
Programm „fit10“	1
Schlank ohne Diät	1
Bodycomb	1
Zone-Diät	1
modifizierte Atkinsdiät	1
Hafertage	1
Paleo	1
Trennkost	1
Vegane Ernährung	1
Mediterrane Diät	1
Slow carb	1
Basenfasten	1
Purinarme Kost	1
Histaminreduzierte Ernährung	1
Functional Eating nach Prim. Dr. Lindschinger**	1
Punktesystem nach dem Ampelprinzip***	1
hCG-Diät nach Dr. Simeons****	1
modifizierte DASH-Diät*****	1
individuell auf Wunsch der Patienten	1

* Leberfastprogramme z.B. Leberfasten nach Dr. Worm, BodymedHepafast;

** individuelle, bedarfsangepasste Ernährung in Bezug auf Alter, Geschlecht, Alltagstätigkeit, Belastungen etc.

*** rot/gelb/grün; Punktberechnung basiert auf einer reduzierten Mischkost;

**** mit und ohne hCG

***** Ernährungsmodell gegen Bluthochdruck

4.6.4 Formuladiäten

Von den insgesamt 142 Teilnehmern, welche die Frage nach dem Angebot von Formuladiäten beantworteten, bieten 41 (28,9%) Formuladiäten an, 101 (71,1%) Teilnehmende verneinten ein solches Angebot. Dies ist in Abbildung 44 dargestellt, wobei nicht gewertete Antworten einerseits von jenen Einrichtungen, die keine Ernährungstherapie anbieten, und andererseits von jenen, die diese spezielle Frage nicht beantworteten, stammen.

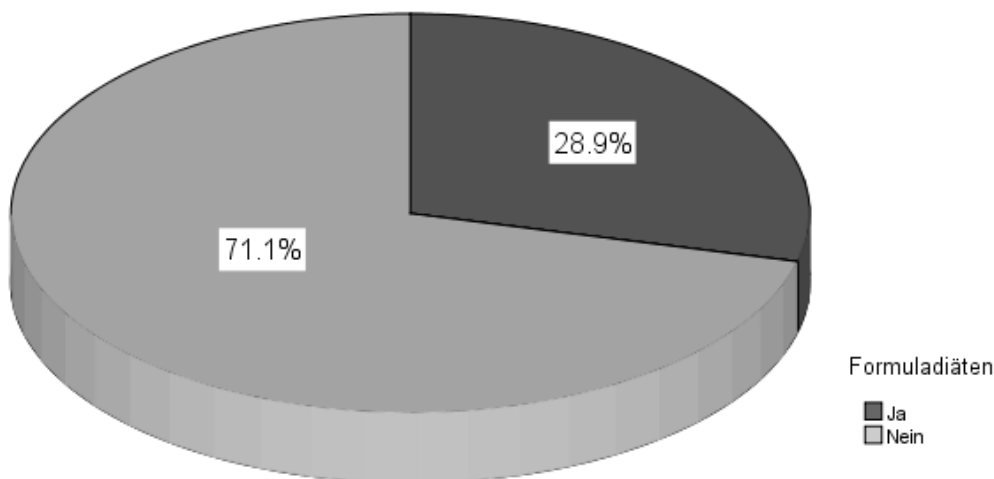


Abbildung 44. Anteilswerte bezüglich dem Angebot von Formuladiäten (n = 142)

Von jenen 41 Einrichtungen, in denen Formuladiäten zur Therapie eingesetzt werden, machten 40 genauere Angaben zum Vorgehen hinsichtlich dem Mahlzeitenersatz, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

Wie die Abbildung 45 zeigt, kommen Formuladiäten am häufigsten, nämlich in 35 (87,5%) Einrichtungen, als Ersatz von zwei Hauptmahlzeiten zum Einsatz. In 27 (67,5%) Einrichtungen ersetzen Formuladiäten eine Hauptmahlzeit und in 21 (52,5%) Einrichtungen werden diese sogar als Ersatz für alle drei Hauptmahlzeiten eingesetzt.

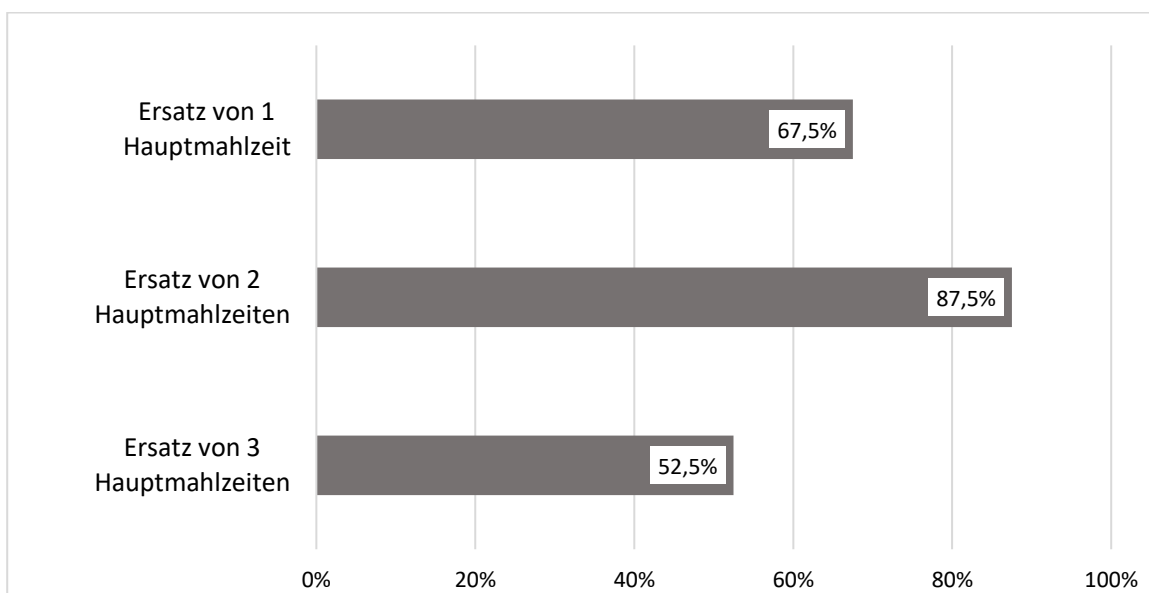


Abbildung 45. Anteilswerte hinsichtlich dem Ersatz von Hauptmahlzeiten durch Formuladiäten (Mehrfachnennungen möglich, n = 40)

4.6.5 Nahrungsergänzungsmittel

Empfehlungen zur Einnahme bestimmter Nahrungsergänzungsmittel werden von 54 Einrichtungen gegeben. Im Gegensatz dazu gaben 72 Einrichtungen an, keine Nahrungsergänzungsmitteln zu empfehlen. Die Abbildung 46 zeigt die jeweiligen Anteilswerte bezogen auf die Anzahl der Einrichtungen, die eine Angabe zur genannten Fragestellung machten.

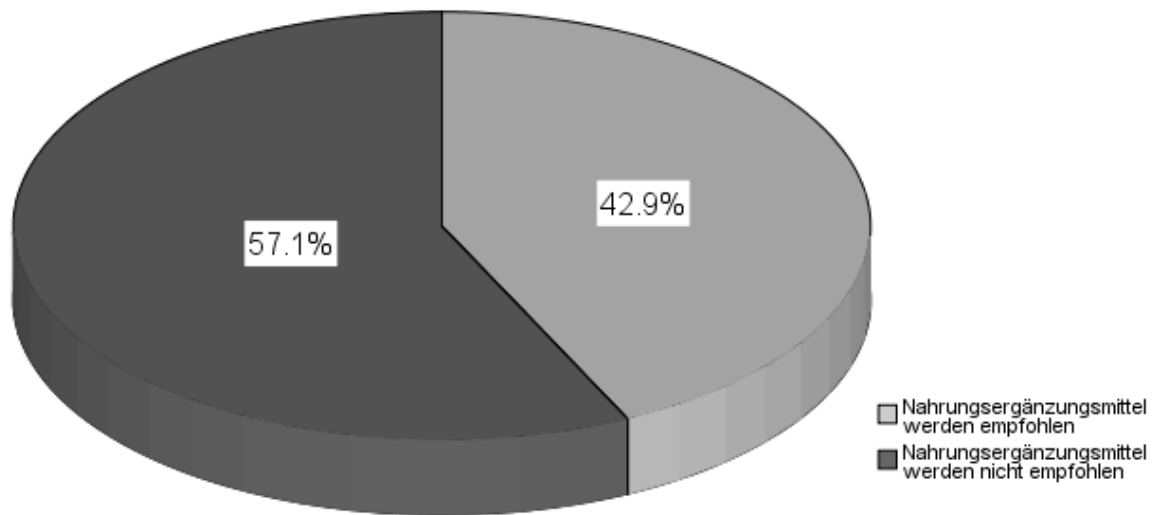


Abbildung 46. Anteilswerte bezüglich der Empfehlung von Nahrungsergänzungsmitteln (n = 126)

Weiters hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, die in ihrer Institution empfohlenen Nahrungsergänzungsmittel zu nennen. Insgesamt machten 51 der 54 Supplemente empfehlenden Teilnehmenden nähere Angaben. Beobachtet werden konnte eine hohe Anzahl Multivitaminpräparate empfehlender Institutionen (N = 28), wobei weitere 13 Teilnehmer konkrete Vitamine nannten. Ähnliches galt für die Empfehlung von Mineralstoffen. Insgesamt 15 mal wurde „Mineralstoffe“ genannt, 9 mal „Spurenelemente“. Weitere 13 Teilnehmer nannten einzelne empfohlene Mineralstoffe. Ebenfalls relativ häufig empfohlen werden Eiweißpulver und Eiweißtrinknahrungen (N = 7), Omega-3 Fettsäuren (N = 6) sowie Pro- und Präbiotika (N = 6). In der Tabelle 24 sind alle Antworten mit ihren jeweiligen Nennungshäufigkeiten gelistet.

Tabelle 24 *In den Einrichtungen empfohlene Nahrungsergänzungsmittel und ihre jeweiligen Nennungshäufigkeiten*

Nahrungsergänzung	Nennungshäufigkeit
Multivitaminpräparate diverser Arten und Marken	28
- Vitamin D	7
- Vitamin B 12	3
- Folsäure	3
Mineralstoffpräparate diverser Arten und Marken	15
- nicht näher benannte Spurenelemente	9
- Kalzium	3
- Eisen	3
- Magnesium	3
- Natrium	1
- Kalium	1
- Zink	1
- Selen	1
Eiweißpulver und -trinknahrung	7
Pro- und Präbiotika	6
Omega-3 Fettsäuren	6
Ballaststoffe	4
Kräuter nach TCM und Ayurveda	3
Omega-6 Fettsäuren	2
L-Carnitin	2
Coenzym Q10	1
L-Tyrosin	1
L-Tryptophan	1
5-HTP	1

Einige Einrichtungen nannten konkrete Firmen und Marken von denen Nahrungsergänzungsmittel bevorzugt bezogen werden, welche jedoch an dieser Stelle nicht genannt werden. In mehreren Fällen wurde angemerkt, dass die Substitution mit genannten Nahrungsergänzungsmitteln nicht standardmäßig, sondern nur nach gegebener Indikation und individuellen Erfordernissen, sowie eventuell nach Rücksprache mit einem Arzt, empfohlen wird (N = 30). So werden diese nach individuellen Erfordernissen, beispielsweise bezogen auf Grunderkrankungen (N = 2) oder als notwendige Ergänzungen nach bariatrischen Operationen (N = 4) ausgewählt. Auch wenn aus anderen Gründen der Bedarf an bestimmten Nährstoffen über natürliche Ernährung nicht sichergestellt werden kann oder um im Labor diagnostizierte Mängel auszugleichen (N = 10) wird den Patienten zur Einnahme bestimmter Nahrungsergänzungen geraten.

4.6.6 Ernährungsbezogene Informationen

Hinsichtlich der Art der Vermittlung ernährungsbezogener Informationen gaben 148 Einrichtungen an, dass die Wissensvermittlung theoretisch in Form von Ernährungslehre erfolgt. In 80 Einrichtungen finden zusätzlich zur Theorie auch praktische Angebote wie z.B. Kochkurse und Einkaufschecks statt.

Für die folgende Darstellung konnten nur gültige Antworten Ernährungstherapie anbietender Einrichtungen (n = 148) berücksichtigt werden. In allen für die Auswertung herangezogenen Einrichtungen und damit auch in allen Settings erfolgt die Informationsvermittlung somit zumindest in theoretischer Form. Die Abbildung 47 soll daher insbesondere veranschaulichen, wie sich die verschiedenen Settings in Bezug auf das Angebot praktischen Inputs unterscheiden.

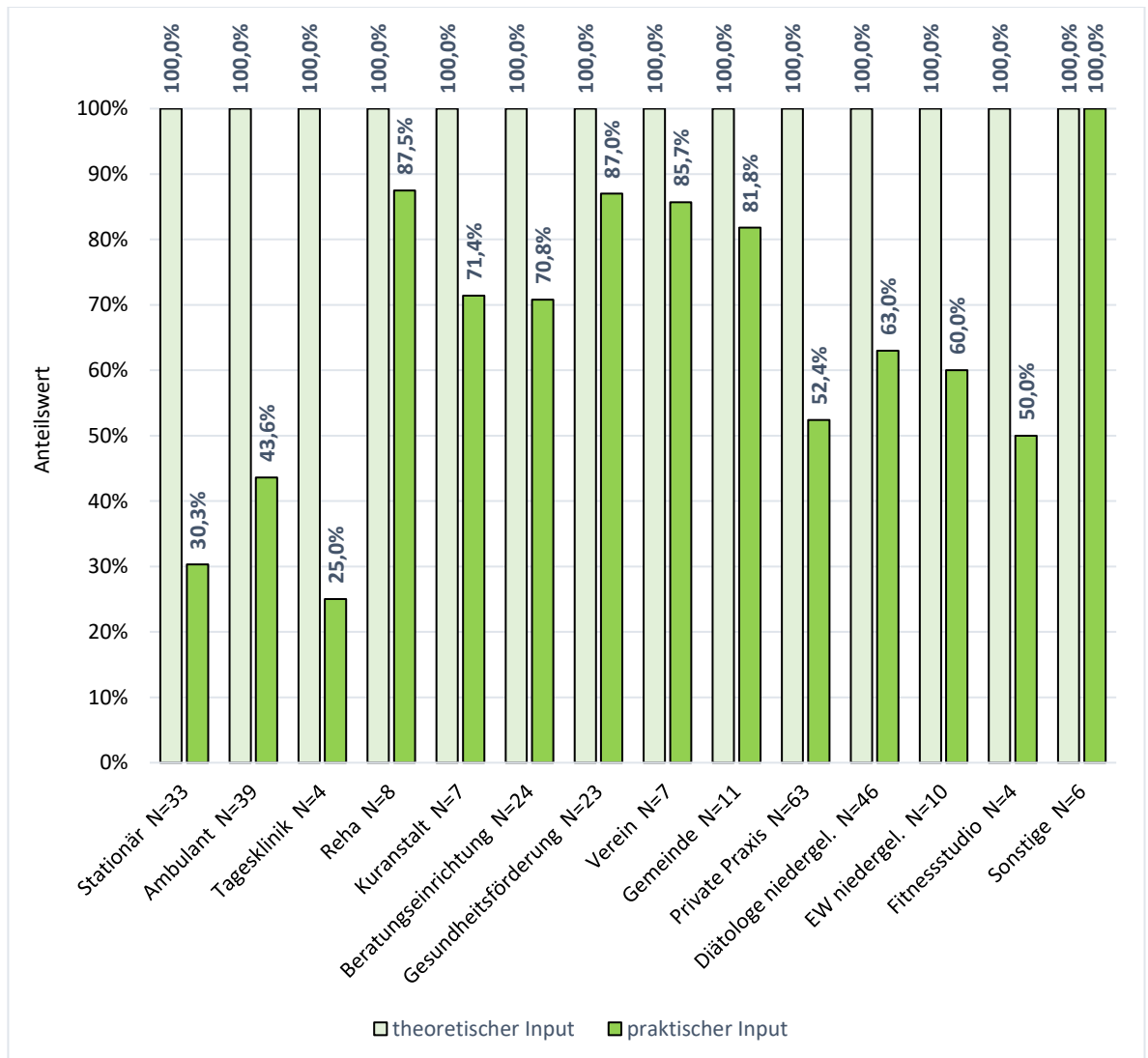


Abbildung 47. Nennungshäufigkeiten und Anteilswerte hinsichtlich der Art des Inputs in den verschiedenen Settings (Mehrfachnennungen möglich, n = 148)

Zu beobachten sind teils große Differenzen zwischen den Settings hinsichtlich deren Angebot von praktischen Informationsangeboten. Während solche in Rehabilitationszentren und Kuranstalten sowie diversen öffentlichen Einrichtungen vergleichsweise üblich zu sein scheinen, sind derartige Angebote in den klinischen Settings nur noch in jeder dritten bis vierten Einrichtung zu finden. Im privatwirtschaftlichen Bereich findet man in etwa 50-60% der Fälle praktische Formen der ernährungsbezogenen Informationsvermittlung.

4.6.7 Häufigkeit der Ernährungstherapie

Die Abbildung 48 zeigt die jeweiligen Anteilswerte hinsichtlich der üblichen Frequenz mit der Ernährungstherapie stattfindet. In über der Hälfte der Fälle (60,7%) findet eine Therapie seltener als einmal pro Woche statt. Im Durchschnitt einmal wöchentlich erfolgt die Therapie in 26,2% der Fälle. Immerhin 9,0% der Institutionen gaben an, dass Ernährungstherapie zwei- bis dreimal pro Woche stattfindet und 4,1% bieten sogar vier oder mehr Therapieeinheiten pro Woche an.

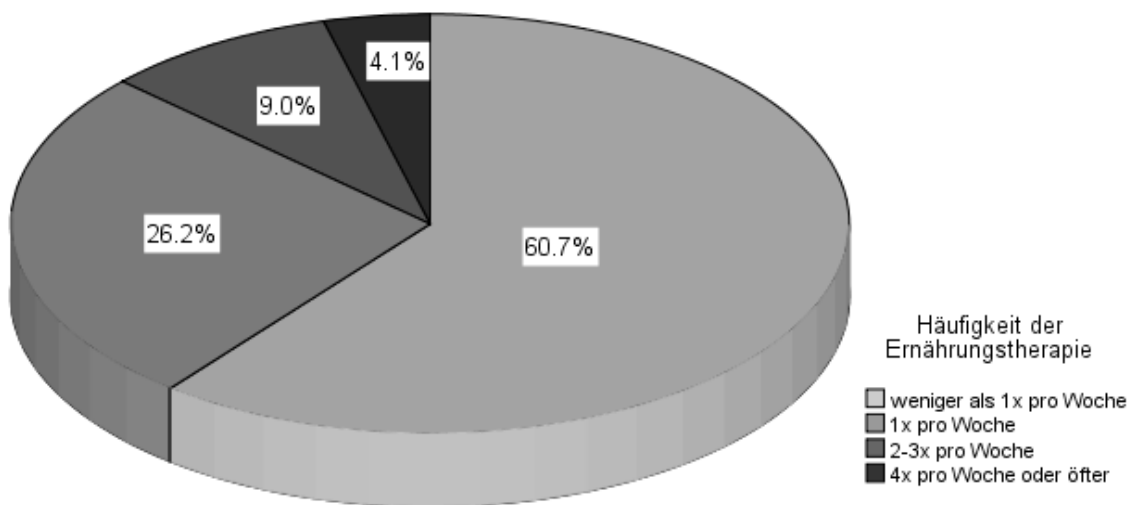


Abbildung 48. Anteilswerte hinsichtlich der Häufigkeit der Ernährungstherapie (n = 122)

4.6.8 Dauer einer Ernährungstherapieeinheit

Die von den Teilnehmenden durchschnittliche angegebene Dauer einer Ernährungstherapieeinheit beträgt 53.4 ± 23.7 ($Md = 55.0$) Minuten. In einer Einrichtung werden mit 10-minütigen Einheiten die kürzesten und in einer Einrichtung mit 180.0 Minuten die längsten Therapieeinheiten geboten. Mit 43 Nennungen am häufigsten gewählt wurde eine Dauer von 60.0 Minuten.

Zur Übersichtlichkeit wurden die Werte der angegebenen Dauer zu vier Zeitspannen zusammengefasst. Die entsprechenden Nennungshäufigkeiten sind in Abbildung 49 dargelegt. Demnach beträgt die Dauer einer Therapieeinheit in 28 Einrichtungen 10 bis 30 Minuten, in 78 Einrichtungen zwischen 40 und 60 Minuten, in 11 Einrichtungen 70 bis 90 Minuten und in 4 Einrichtungen mehr als 90 Minuten.

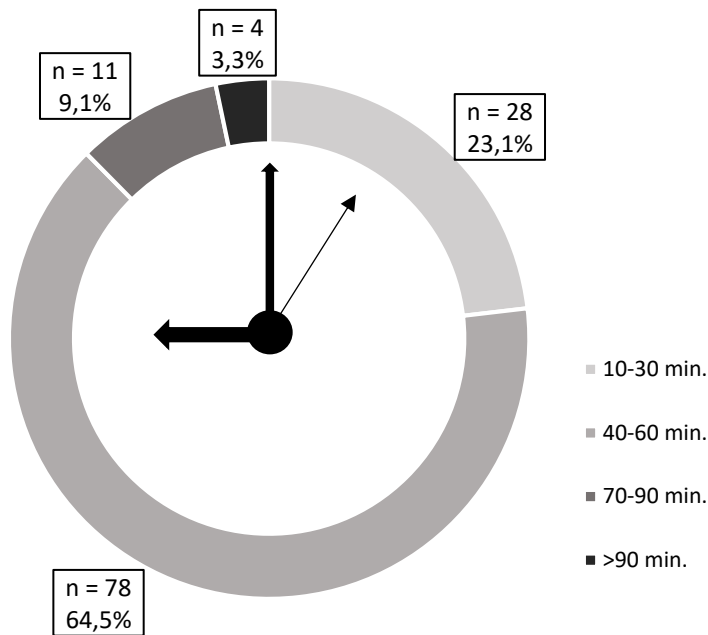


Abbildung 49. Nennungshäufigkeiten und Anteilswerte hinsichtlich der durchschnittlichen Dauer einer Ernährungstherapieeinheit (n = 121)

4.7 Angaben zum Leistungsangebot bezüglich Bewegungstherapie

4.7.1 Bewegungsangebote

Insgesamt 63 Einrichtungen gaben an, Bewegungstherapie anzubieten, wovon 62 genauere Angaben zu den Inhalten ihrer Bewegungsangebote machten.

Die jeweiligen Anteilswerte bei der Möglichkeit von Mehrfachnennungen sind in Abbildung 50 veranschaulicht. In 56 (90,3%) der Einrichtungen erhalten die Patienten Informationen über mehr Aktivität im Alltag, in 50 (80,6%) Einrichtungen wird Ausdauertraining, in 47 (75,8%) Krafttraining und in 44 (74,2%) Koordinationstraining angeboten. In 46 (71,0%) Einrichtungen gibt es die Möglichkeit des Erlernens von Entspannungstechniken.

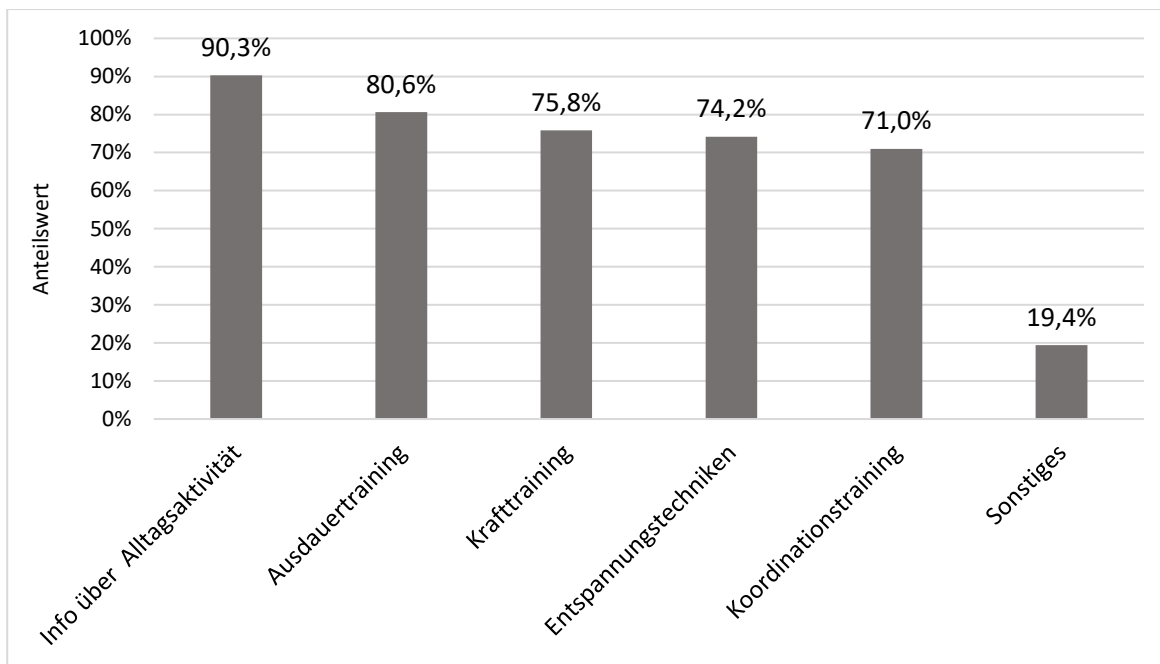


Abbildung 50. Anteilswerte der Nennungen hinsichtlich der Inhalte angebotener Bewegungsprogramme (Mehrfachnennungen möglich, n = 62)

Von 12 (19,4%) Einrichtungen wurden noch andere als die zur Auswahl gestandenen Angebote unter „Sonstige“ angeführt. Hier wurden Teamsport, Spielsport, Yoga, Qi Gong, spezielles Aquatraining, TRX-Training und weitere Trendsportarten, aber auch Gangschule, Ergotherapie, Wassertherapie, Atemtherapie, sowie „Therapietermine in Bewegung“ genannt. Des Weiteren bietet eine Einrichtung einen speziellen Sportförderunterricht für Kindergärten.

Mehrere Einrichtungen gaben an, bei besonderen Kundenwünschen und auf Anfrage noch weitere Bewegungsangebote zu bieten oder in solchen Fällen an externe Vereine und andere Kooperationspartner weiterzuvermitteln.

4.7.2 An der Bewegungstherapie beteiligte Professionen

In etwa der Hälfte der Bewegungstherapie anbietenden Einrichtungen wird die Bewegungstherapie von Physiotherapeuten und Sportwissenschaftlern durchgeführt. Staatlich geprüfte Trainer sind in ca. 30% und diplomierte Sportlehrer in ca. 20% der Fälle am Bewegungsangebot beteiligt.

Die Tabelle 25 und die Abbildung 51 zeigen die entsprechenden Häufigkeiten und Anteilswerte bezogen auf die Nennungen bzw. die Fallzahl, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

Tabelle 25 Häufigkeiten und Anteilswerte der Nennungen hinsichtlich der die Bewegungstherapie durchführenden Professionen in absteigender Reihenfolge (Mehrfachnennungen möglich)

Profession (Kategorie)	Nennungshäufigkeit	Anteilswert (n = 102)	Anteilswert der Fallzahl (n = 60)
Physiotherapeuten	31	30,4%	51,7%
Sportwissenschaftler	30	29,4%	50,0%
Staatlich geprüfte Trainer	17	16,7%	28,3%
Sonstige	13	12,7%	21,7%
Diplomierte Sportlehrer	11	10,8%	18,3%
Summe	102	100,0%	

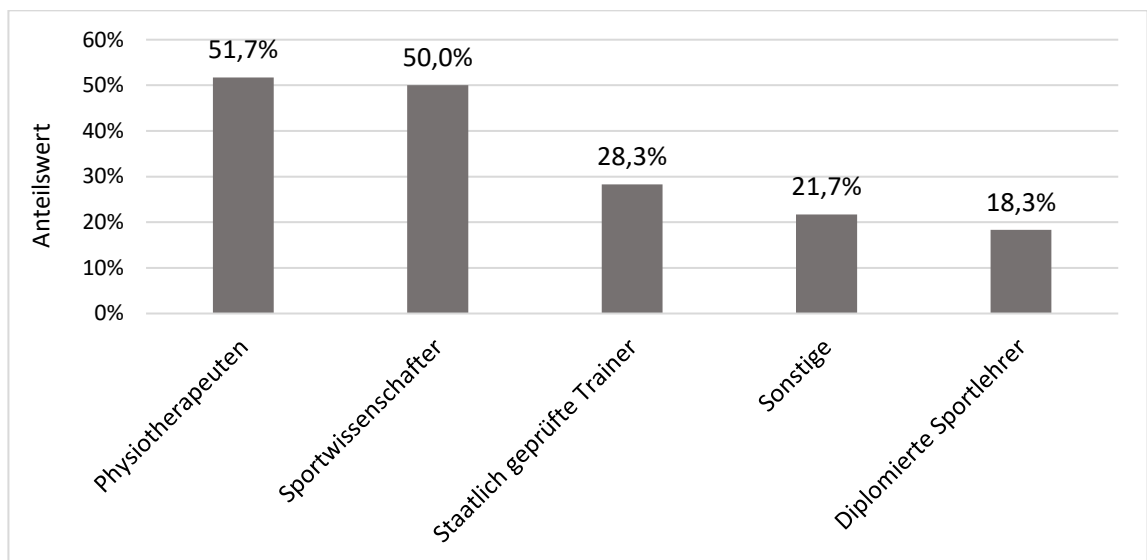


Abbildung 51. Anteilswerte der die Bewegungstherapie durchführenden Professionen (Mehrfachnennungen möglich, n = 60)

Weitere, unter „Sonstige“ genannte, die Therapie durchführende Personen sind Sportärzte, Ergotherapeuten, Instruktoren, Übungsleiter, Pfleger, Pädagogen mit Zusatzausbildungen, Sozialpädagogen, Erlebnispädagogen, Behindertenpädagogen, cand meds mit spezieller Vorbereitung, Do-In Trainer, Meditationstrainer, Bewegungstrainer und weitere Trainer, die nicht unter den Punkt „staatlich geprüfte Trainer“ fallen.

4.7.3 Häufigkeit der Bewegungstherapie

Die Abbildung 52 zeigt die jeweiligen Anteilswerte hinsichtlich der üblichen Frequenz, mit der Bewegungstherapie in den anbietenden Institutionen stattfindet. Unter den teilnehmenden Institutionen am üblichsten ist das Angebot von zwei bis drei Therapieeinheiten pro Woche (37,0%). In jeder dritten Einrichtung findet die Bewegungstherapie einmal wöchentlich statt

(32,6%), in jeder fünften Einrichtung viermal oder öfter (19,6%). Seltener vertreten sind Einrichtungen, in denen Bewegungstherapie seltener als einmal pro Woche stattfindet (10,9%).

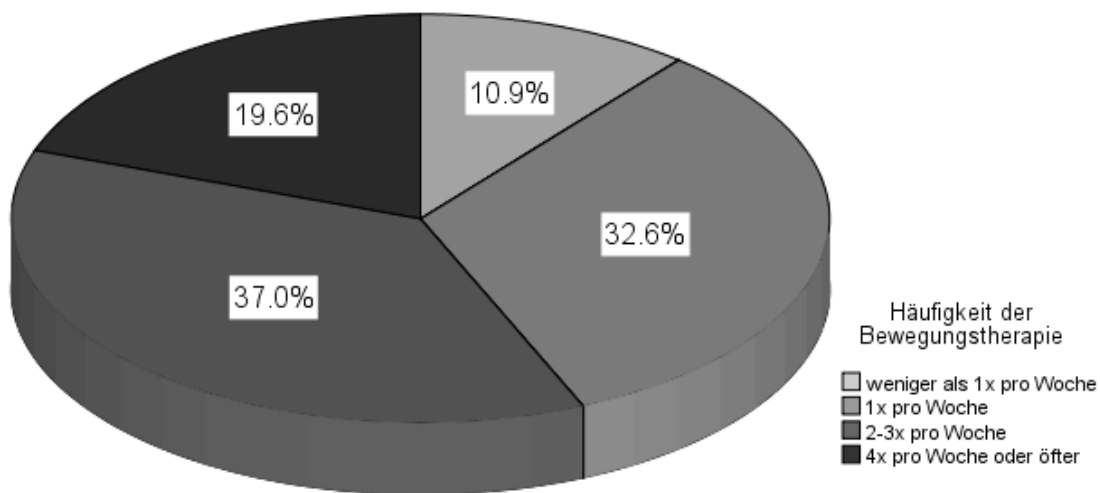


Abbildung 52. Anteilswerte hinsichtlich der Häufigkeit der Bewegungstherapie (n = 46)

4.7.4 Dauer einer Bewegungstherapieeinheit

Die durchschnittliche angegebene Dauer einer Therapieeinheit beträgt 55.7 ± 22.6 ($Md = 55.0$) Minuten. Die minimale angegebene Dauer von Bewegungseinheiten liegt bei 25.0 Minuten, die maximale Länge bei 150.0 Minuten. Mit 16 Nennungen am häufigsten gewählt wurde eine Dauer von 60.0 Minuten.

Zur Übersichtlichkeit wurden die von den Teilnehmenden angegebenen Minutenwerte zu vier Zeitspannen zusammengefasst. Die entsprechenden Nennungshäufigkeiten sind in Abbildung 53 dargelegt. Dementsprechend dauert eine Therapieeinheit in 8 Einrichtungen 30 Minuten oder weniger, in 30 Einrichtungen zwischen 40 und 60 Minuten, in 5 Einrichtungen 70 bis 90 Minuten und in einer Einrichtung mehr als 90 Minuten.

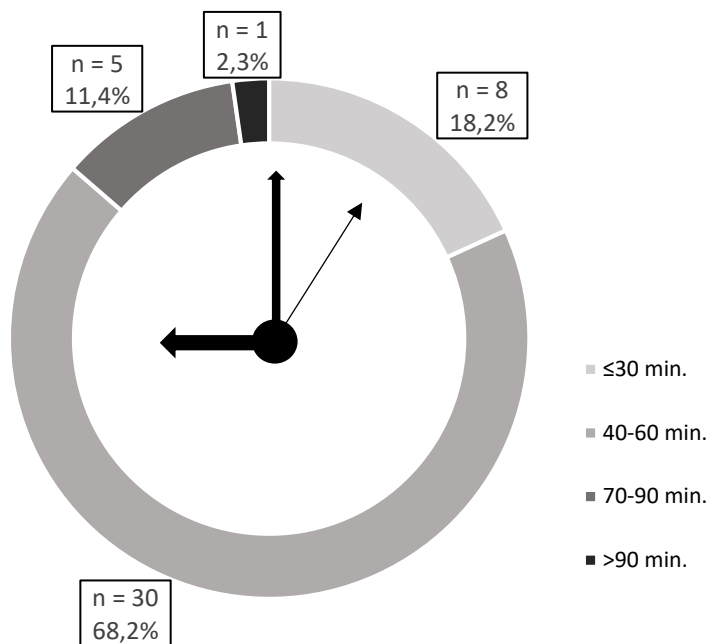


Abbildung 53. Nennungshäufigkeiten hinsichtlich der durchschnittlichen Dauer einer Bewegungstherapieeinheit (n = 44)

4.7.5 Zeiträumen der Bewegungstherapie

Im Hinblick auf den üblichen Zeitraum, über den eine Bewegungstherapie erfolgt, war eine geplante Dauer von zwei bis zwölf Monaten mit 26 Nennungen (61,9%) als am üblichsten zu beobachten. Therapien über einen Zeitraum von 13 oder mehr Monaten werden in 10 (23,8%) Einrichtungen angeboten, Therapien mit einer Dauer von bis zu einem Monat finden in 6 Einrichtungen (14,3%) statt. Die Abbildung 54 zeigt die den Nennungshäufigkeiten entsprechenden Anteilswerte.

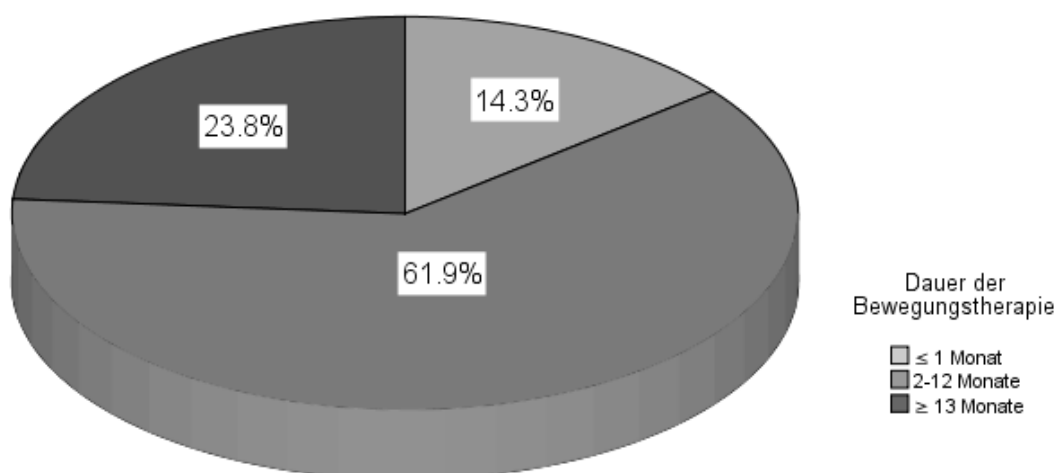


Abbildung 54. Anteilswerte der Nennungen in Bezug auf den Zeitraum über den eine Bewegungstherapie erfolgt (n = 42)

4.8 Angaben zum Leistungsangebot bezüglich Verhaltenstherapie

Gleichmaßen wurden die 64 Verhaltenstherapie anbietenden Einrichtungen konkreter zu ihrem Leistungsangebot befragt.

4.8.1 Therapeutische Verfahren

Wie in Abbildung 55 veranschaulicht ist Stressmanagement, welches in 81,4% (N = 48) der Einrichtungen, die verhaltenstherapeutische Verfahren anbieten und Angaben zu den in der Institution angewandten Verfahren machten, das am häufigsten eingesetzte psychotherapeutische Verfahren. In etwa der Hälfte (52,5%, N = 31) jener Einrichtungen kommen systemische Ansätze zum Einsatz. Tiefenpsychologie, humanistische Ansätze und Hypnotherapie werden in 30,5% (N = 18), 27,1% (N = 16) bzw. 22,0% (N = 13) der Institutionen angeboten.

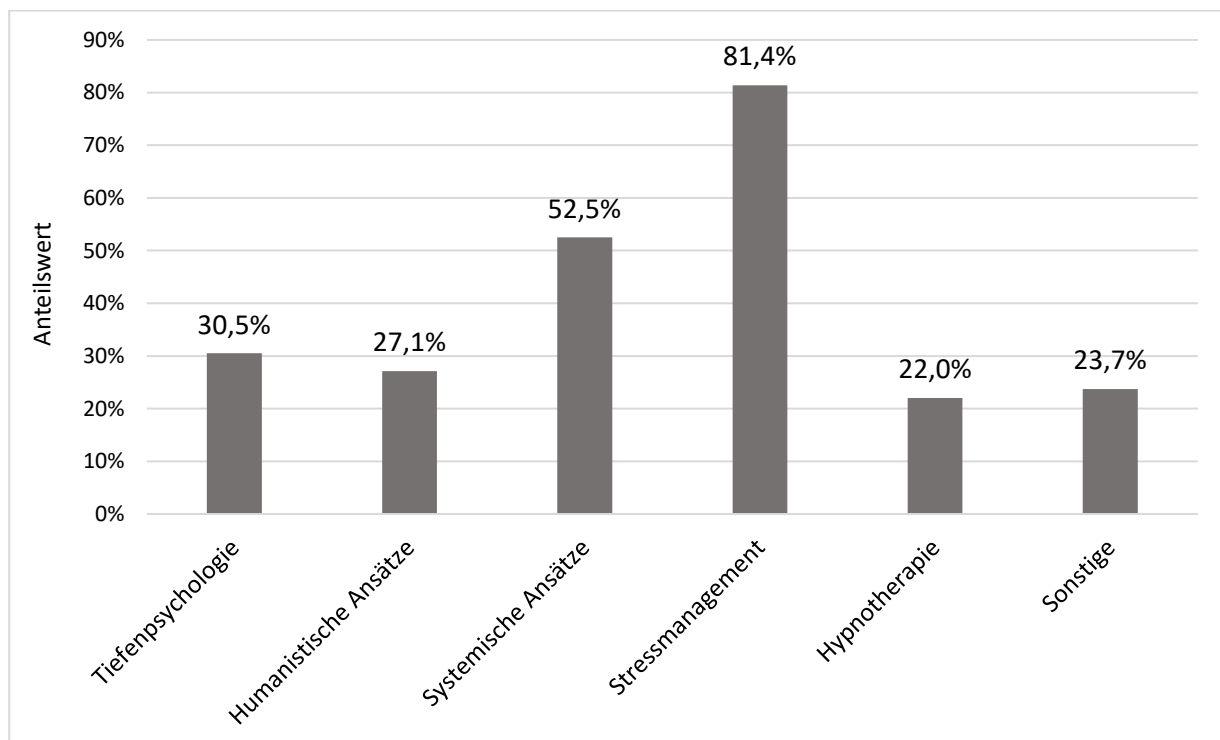


Abbildung 55. Anteilswerte bezüglich angewandter psychologischer und psychotherapeutischer Verfahren (Mehrfachnennungen möglich, n = 59)

Weitere von den Teilnehmenden unter dem 12 (23,7%) mal gewählten Punkt „Sonstige“ genannte Verfahren sind klassische und kognitive Verhaltenstherapie, Neurobiologische Methoden, Biofeedback, Reflexion, Selbsterfahrungsübungen, Selbstmanagement-Techniken, Neuro-Linguistisches Programmieren (NLP), Lösungsorientierte Kurzzeittherapie, Emotionsfokussierte Therapie, Traumatherapie, Entspannungstechniken, Bewegungsanalyse, Adipositaschulung und Raucherentwöhnung.

4.8.2 Häufigkeit der Verhaltenstherapie

Die Abbildung 56 zeigt die jeweiligen Anteilswerte hinsichtlich der üblichen Frequenz, mit der Verhaltenstherapie in den anbietenden Institutionen stattfindet. Am häufigsten zu beobachten ist das Angebot von wöchentlich einer Therapieeinheit (45,8%) bzw. einer seltener als einmal wöchentlich erfolgenden Therapie (43,7%). Im Bereich Verhaltenstherapie deutlich seltener zu beobachten als bei Bewegungstherapie sind zwei- bis dreimal (6,2%) bzw. viermal oder öfter (4,2%) pro Woche stattfindende Therapieeinheiten.

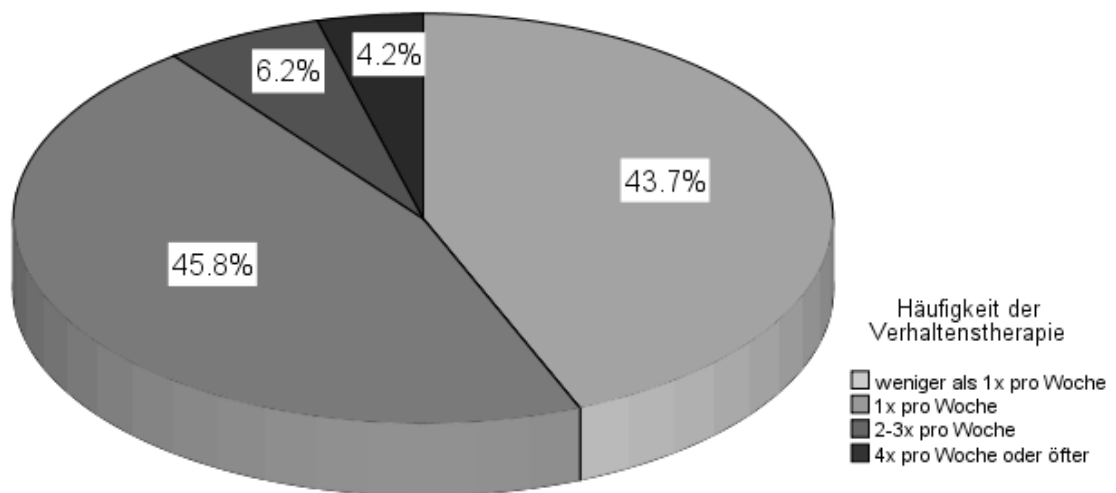


Abbildung 56. Anteilswerte hinsichtlich der Häufigkeit der Verhaltenstherapie (n = 48)

4.8.3 Dauer einer Verhaltenstherapieeinheit

Die durchschnittliche angegebene Dauer einer Verhaltenstherapieeinheit beträgt 60.1 ± 18.0 ($Md = 60.0$) Minuten. Die minimale angegebene Dauer liegt bei 20.0 Minuten, die maximale bei 90.0 Minuten. Mit 13 Nennungen am häufigsten gewählt wurde eine Dauer von 60.0 Minuten.

Die Abbildung 57 zeigt die jeweiligen Nennungshäufigkeiten hinsichtlich der Dauer einer Verhaltenstherapieeinheit, wobei die einzelnen Angaben der Teilnehmenden der Übersichtlichkeit halber zu drei Optionen zusammengefasst wurden. Therapieeinheiten mit einer Dauer von 30 Minuten oder weniger finden in 2 Einrichtungen statt. In 34 Einrichtungen beträgt die Dauer zwischen 40 und 60 Minuten und in 11 Einrichtungen zwischen 70 und 90 Minuten.

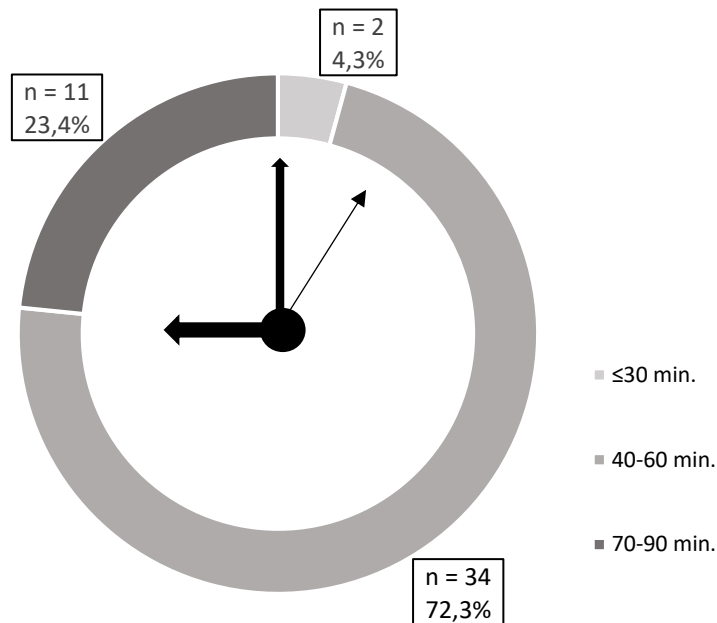


Abbildung 57. Nennungshäufigkeiten hinsichtlich der durchschnittlichen Dauer einer Verhaltenstherapieeinheit (n = 47)

4.9 Angaben zum Leistungsangebot bezüglich chirurgischer Methoden

Wie in Abbildung 58 veranschaulicht bieten insgesamt 30 (14,6%) der befragten Einrichtungen chirurgische Methoden zur Behandlung der Adipositas an.

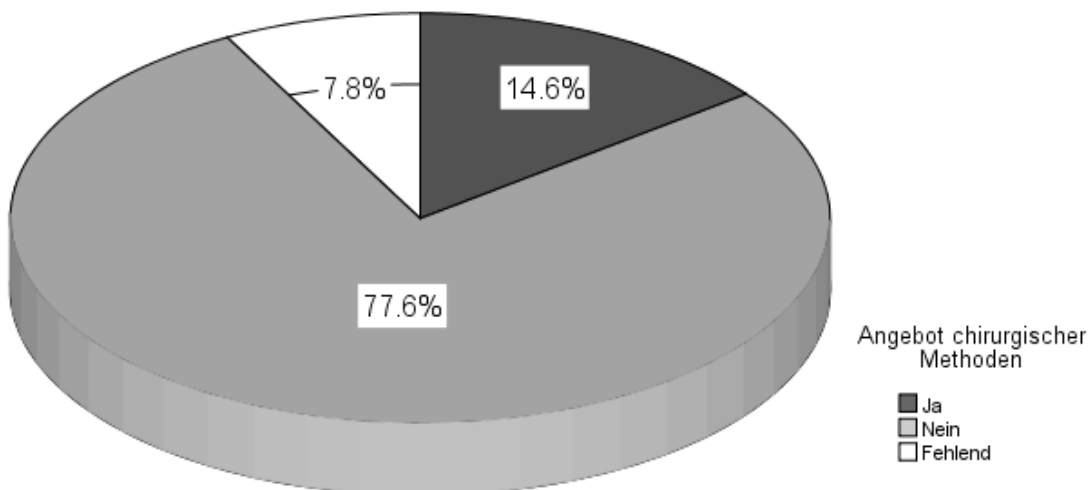


Abbildung 58. Anteilswerte bezüglich dem Angebot chirurgischer Methoden (n = 205)

Zu den angewandten bariatrischen Methoden machten 28 dieser 30 Einrichtungen eine Angabe. Etwa neun Zehntel der Einrichtungen bedienen sich hier der Methoden der Sleeve-Gastrektomie (89,3%) bzw. des Magenbypasses (92,9%), wobei hier teilweise ein Roux-Y und teilweise ein Omega Loop Magenbypass die Methode der Wahl sind. Das Legen eines Magenbandes wird in 10 (35,7%) der Einrichtungen angeboten. In jeweils 4 (14,3%) der Einrichtungen und damit deutlich seltener zu beobachten ist die Anwendung eines Magenballons bzw. die Durchführung einer Biliopankreatischen Diversion (BPD). Die Methode der Biliopankreatischen Teilung mit Duodenal-Switch (BPD-DS) findet in nur einer (3,6%) Institution Anwendung.

Tabelle 26 Häufigkeiten und Anteilswerte hinsichtlich angebotener chirurgischer Behandlungsmethoden in absteigender Reihenfolge (Mehrfachnennungen möglich)

Methode (Kategorie)	Nennungshäufigkeit	Anteilswert (n = 72)	Anteilswert der Fallzahl (n = 28)
Magenbypass	26	36,1 %	92,9 %
Sleeve-Gastrektomie	25	34,7 %	89,3 %
Magenband	10	13,9 %	35,7 %
Magenballon	4	5,6 %	14,3 %
BPD	4	5,6 %	14,3 %
Sonstige	2	2,8 %	7,1 %
BPD-DS	1	1,4 %	3,6 %
Summe	72		

Revisionschirurgie und postbariatrische Straffungen wurden als weitere angebotene chirurgische Methoden unter dem Punkt „Sonstige“ genannt. Weiters waren von einigen Institutionen zusätzliche Eintragungen zu Vorgehensweisen hinsichtlich der Entscheidungsfällung über chirurgische Behandlungsmethoden, wie etwa die notwendigen strengen Indikationen oder die verpflichtende Durchführung einer Zweitmeinung vor der Entscheidung zu einer Operation, sowie Angaben zu weiteren Vorgehensweisen nach eventuellen Misserfolgen, zu finden.

Die Abbildung 59 zeigt, zu welchem Anteil chirurgische Therapiemaßnahmen in den verschiedenen Settings Anwendung finden. Bei der Interpretation gilt es jedoch zu beachten, dass hinsichtlich der Settings Mehrfachnennungen möglich waren. Mit einer Ausnahme handelt es sich in allen Fällen, in denen chirurgische Maßnahmen angeboten werden, um Krankenhäuser bzw. Anbieter, die ihre Leistungen zumindest auch im klinischen Setting anbieten.

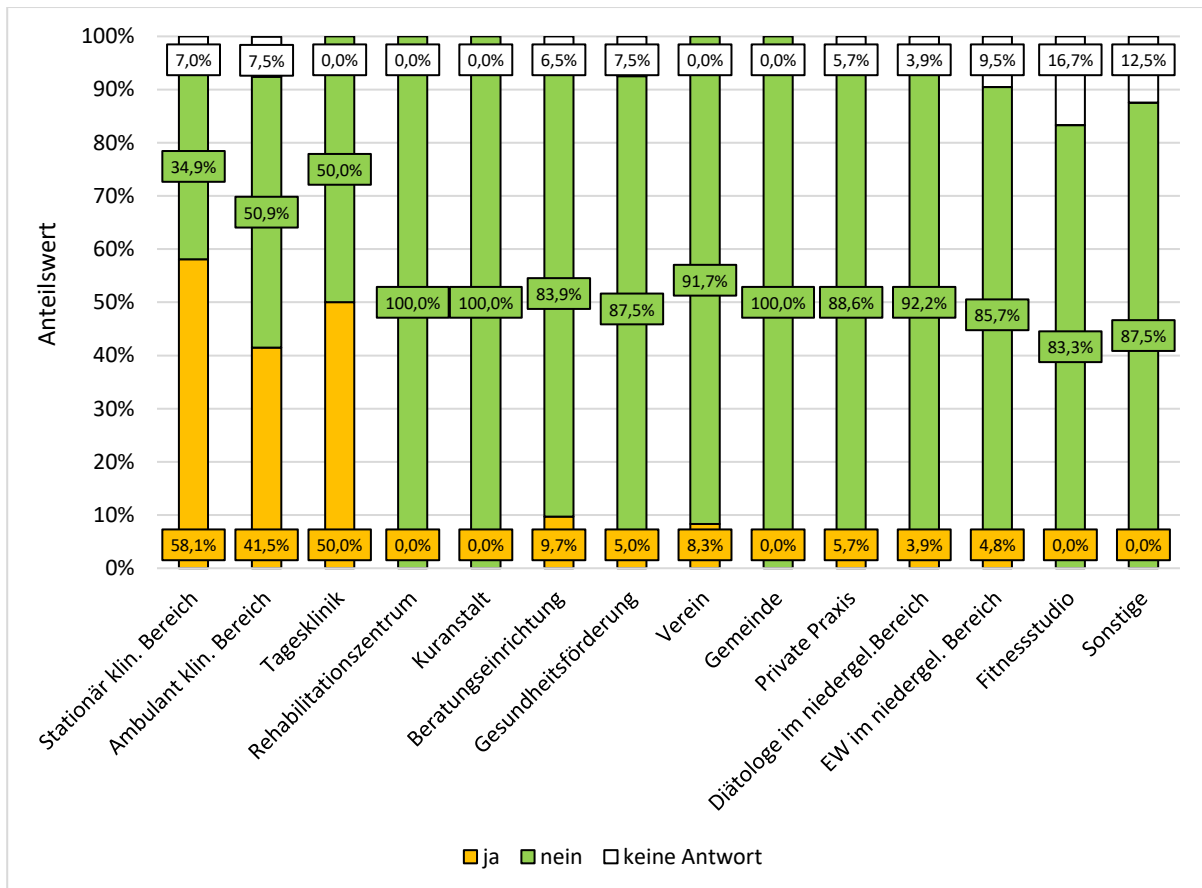


Abbildung 59. Anteilswerte bezüglich dem Angebot chirurgischer Methoden in den verschiedenen Settings (n = 205)

4.10 Angaben zum Leistungsangebot bezüglich medikamentöser Therapie

Die Frage, ob Medikamente zur Behandlung von Übergewicht eingesetzt oder verschrieben werden, wurde von 192 Einrichtungen beantwortet, wovon 182 (94,8%) den Einsatz verneinten und 10 (5,2%) bejahten, wobei 3 von jenen 10 Einrichtungen zusätzlich vermerkten eine Medikation nur in speziellen Fällen (z.B. bei Typ 2 Diabetes mellitus) bzw. sehr selten zu befürworten.

Die Tabelle 27 zeigt die von jenen zehn Einrichtungen, die sich für einen Einsatz von Medikamenten aussprachen, genannten Mittel und ihre jeweiligen Nennungshäufigkeiten.

Tabelle 27 Häufigkeiten der von den Institutionen eingesetzten Medikamente zur Übergewichtsbehandlung (Mehrfachnennungen möglich, n = 10)

	Nennungshäufigkeit
Orlistat	5
Metformin	4
SGLT-2-Inhibitoren*	2
Victoza	3
Inkretin	1
Liraglutid	3
GLP-1-RA**	2
DPP-4-Inhibitor***	1
Naltrexon	1
Bupropion	1
Budyreon	1
hCG (Dr. Simeons' hCG diet)	1

* sodium-glucose linked transporter-2 inhibitors

** Glucagon-like Peptide-1 Receptor Agonists

*** Dipeptidylpeptidase-4 inhibitors

4.11 Angaben zum Leistungsangebot bezüglich alternativen Behandlungsmethoden

Insgesamt 26 (12,7%) Einrichtungen gaben an, alternativmedizinische Therapien oder traditionelle medizinische Heilmethoden anzubieten.

Bei der Frage nach der Art der Therapie wurden am häufigsten die 5-Elemente Ernährung der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) und der Einsatz chinesischer TCM-Kräuter (N = 11), Akupunktur (N = 9) und Homöopathie (N = 5) genannt. Weitere Antworten waren Shiatsu-therapie (N = 2), Aromatherapie (N = 2), Mesotherapie (N = 1), Neuraltherapie (N = 1), Energetik (N = 1), sowie F.-X.-Mayr-Kur (N = 1) und Kneippkur (N = 1). Des Weiteren werden Schüssler Salze, Bachblüten, Heilfasten, Ayurveda und Phytotherapie angeboten. Auch diverse Massageangebote wie Fussreflexzonenmassage, Lipomassage-Endermologie und manuelle Lymphdrainage kommen zum Einsatz.

Die überwiegende Mehrheit von 163 (79,5%) Institutionen verneinte jedoch derartige Angebote, von 16 (7,8%) blieb die Frage unbeantwortet.

4.12 Allgemeine Angaben zum Leistungsangebot

4.12.1 Therapieziele

Von den 188 Teilnehmenden, welche die Frage, ob die Therapieziele auf das Körpergewicht ausgelegt sind, beantworteten, wählten 139 (73,9%) „ja“ als Antwort. Dem gegenüber standen

49 (26,1%) Einrichtungen, in denen die Verringerung oder Stabilisierung des Körpergewichts, also dessen Erhalt nach einer erfolgten Gewichtsreduktion, kein primäres Therapieziel darstellt.

Näher auf jene das Körpergewicht betreffende Therapieziele eingegangen wurde in der darauffolgenden Frage, für deren Auswertung nur jene Institutionen berücksichtigt wurden, welche dazu eine Angabe machten (n = 78). Wie der Tabelle 28 zu entnehmen ist, wird in einem Großteil der Einrichtungen eine Gewichtsstabilisierung angestrebt (78,2%). Ausschließlich Gewichtsstabilisierung wurde dabei 39 mal gewählt. Vom individuellen Körpergewicht abhängige Gewichtsreduktionen in Prozent vom Ausgangsgewicht, mit oder ohne dem zusätzlichen Ziel der Gewichtsstabilisierung, wurden von ebenfalls 39 Einrichtungen genannt.

Tabelle 28 Häufigkeiten und Anteilswerte hinsichtlich das Körpergewicht betreffender Therapieziele (Mehrfachnennungen möglich)

Therapieziel (Kategorie)	Nennungshäufigkeit	Anteilswert (n = 113)	Anteilswert der Fallzahl (n = 78)
5-10% Gewichtsverlust	22	19,5%	28,2%
11-20% Gewichtsverlust	13	11,5%	16,7%
>20% Gewichtsverlust	17	15,0%	21,8%
Gewichtsstabilisierung	61	54,0%	78,2%
Summe	113	100,0%	

Weitere oder andere als vorher genannte Therapieziele werden in 82,9% (N = 170) der Institutionen verfolgt. Insgesamt 167 Teilnehmende machten zusätzlich konkrete Angaben bezüglich der Zielsetzungen. Besonders häufig wurden die Körperzusammensetzung betreffende Verbesserungen, die Steigerung von psychischem, körperlichem und sozialem Wohlbefinden und der Lebensqualität, die Erhöhung des Selbstwertgefühls, eine stabilisierte Ernährungsumstellung, eine Aktivitätssteigerung mit Verbesserungen in den Bereichen Leistungsfähigkeit und Mobilität, die Förderung der Gesundheit sowie die Normalisierung bzw. Besserung von pathologischen Veränderungen und Komorbiditäten genannt.

4.12.2 Nachbetreuung

Die Frage nach einer möglichen Nachbetreuung nach Abschluss der eigentlichen Therapie beantworteten 185 Institutionen, wobei 148 (80,0%) angaben eine Nachbetreuung anzubieten und 37 (20,0%) verneinten.

Auf die Art der gebotenen Leistung im Sinne einer Nachbetreuung im Anschluss an ein vorher erfolgtes Therapieprogramm wurde im Fragebogen ebenfalls näher eingegangen. Bei der Auswertung wurden nur jene Einrichtungen berücksichtigt, welche die Frage nach einer

möglichen Nachbetreuung bejahten (n = 148). Wie in Tabelle 29 und Abbildung 60 veranschaulicht erfolgt eine Nachbetreuung am häufigsten individuell, je nach Bedarf der Patienten (80,4%). In etwa einem Drittel der Fälle gibt es einen dafür vorgesehenen Zeitrahmen (27,0%). Nachbetreuung im Bereich Ernährung findet in etwa zwei Drittel der Fälle statt (64,9%), im Bereich Verhalten in etwa einem Viertel (25,7%) und im Bereich Bewegung in etwa einem Fünftel (18,9%). Weitere Beratungen finden nach fast der Hälfte der Angebote mit Nachbetreuung statt (48,6%).

Tabelle 29 Häufigkeiten und Anteilswerte hinsichtlich der Struktur der angebotenen Nachbetreuung in absteigender Reihenfolge (Mehrfachnennungen möglich)

Nachbetreuung (Kategorie)	Nennungshäufigkeit	Anteilswert (n = 404)	Anteilswert der Fallzahl (n = 148)
je nach Bedarf	119	29,5 %	80,4 %
im Bereich Ernährung	96	23,8 %	64,9 %
beratende Funktion	72	17,8 %	48,6 %
vorgegebener Zeitraum	40	9,9 %	27,0 %
im Bereich Verhalten	38	9,4 %	25,7 %
im Bereich Bewegung	28	6,9 %	18,9 %
Sonstige	11	2,7 %	7,4 %
Summe	404	100,0 %	

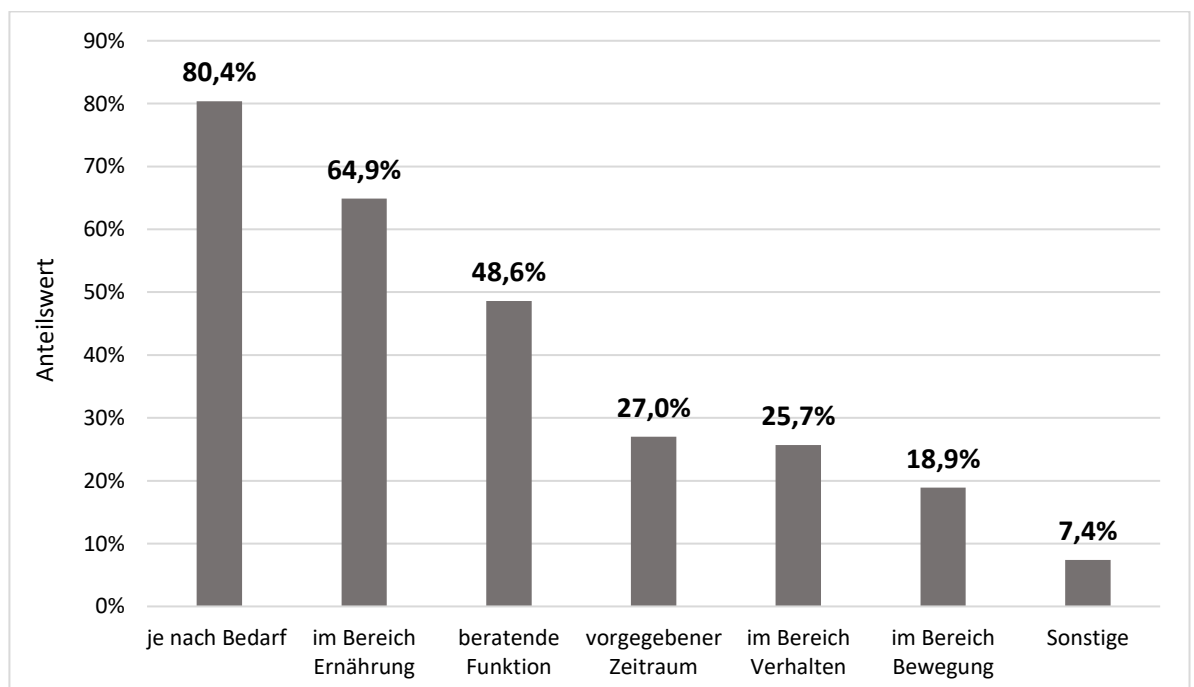


Abbildung 60. Anteilswerte hinsichtlich der Struktur der angebotenen Nachbetreuung in absteigender Reihenfolge (Mehrfachnennungen möglich, n = 148)

Unter dem Punkt „Sonstige“ waren Shiatsu zur mentalen Entspannung, Nachbesprechungen, medizinische Nachbetreuung, internistische Kontrollen, Laborkontrollen, BIA Messungen, Körperfettmessungen, klinische Langzeitstudien, spezielles Adipositasnachsorgeprogramm und zweiwöchiges Motivationscamp als Eintragungen zu finden.

Weiters zeigt die Abbildung 61 die jeweiligen Anteilswerte hinsichtlich dem Angebot einer Nachbetreuung in den verschiedenen Settings.

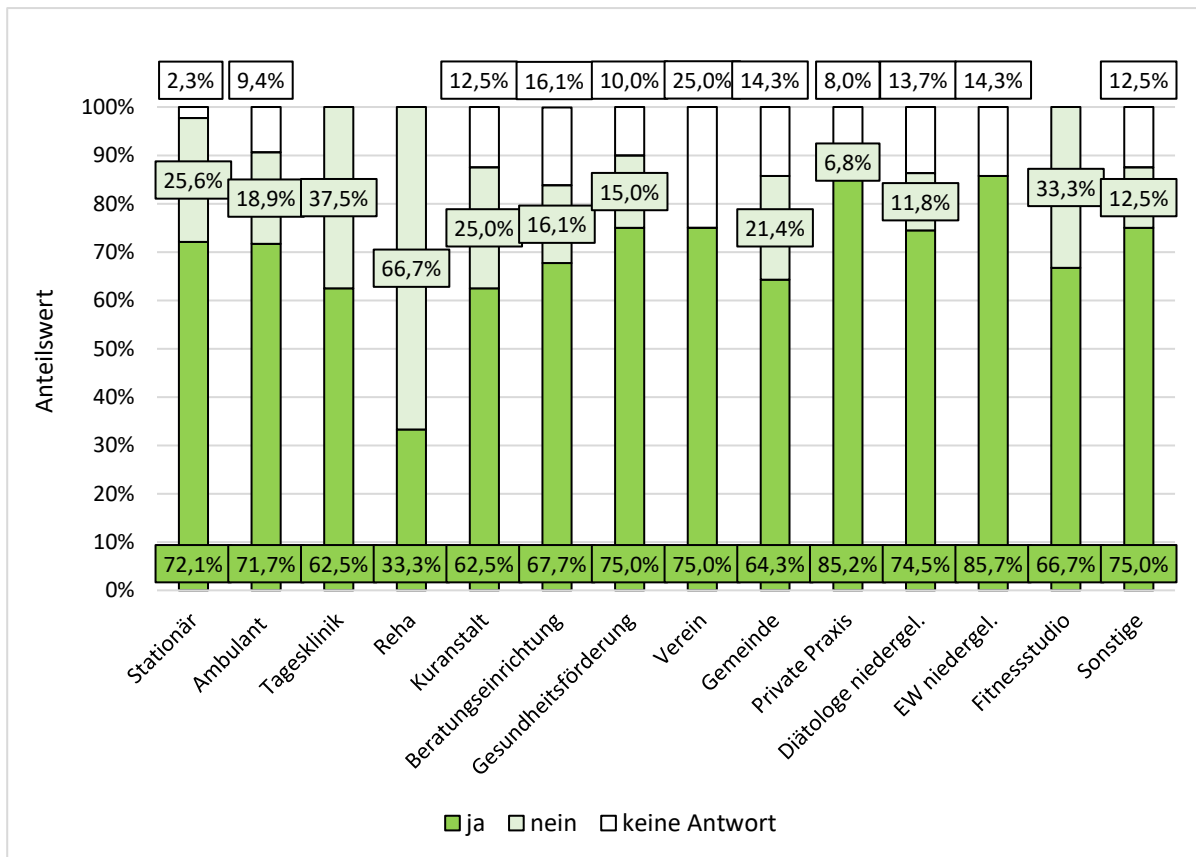


Abbildung 61. Anteilswerte hinsichtlich dem Angebot einer Nachbetreuung in den verschiedenen Settings (n = 205)

4.12.3 Abbrecherquote

Die mittlere Abbrecherquote der betreuten Patienten konnte bei 145 von 205 Einrichtungen erhoben werden, während 60 Betreuungseinrichtungen sich der Beantwortung dieser Frage enthielten. Insgesamt konnte die berichtete Abbrecherquote zu 22.7 ± 18.7 ($Md = 20.0$) Prozent berechnet werden. Das angegebene Minimum lag bei 0%, das Maximum bei 80%. Das entsprechende 95%-Konfidenzintervall konnte zwischen 19,7% und 25,8% ermittelt werden. Die Abbildung 62 zeigt die angegebene Abbrecherquote der Patienten in einer Zusammenfassung.

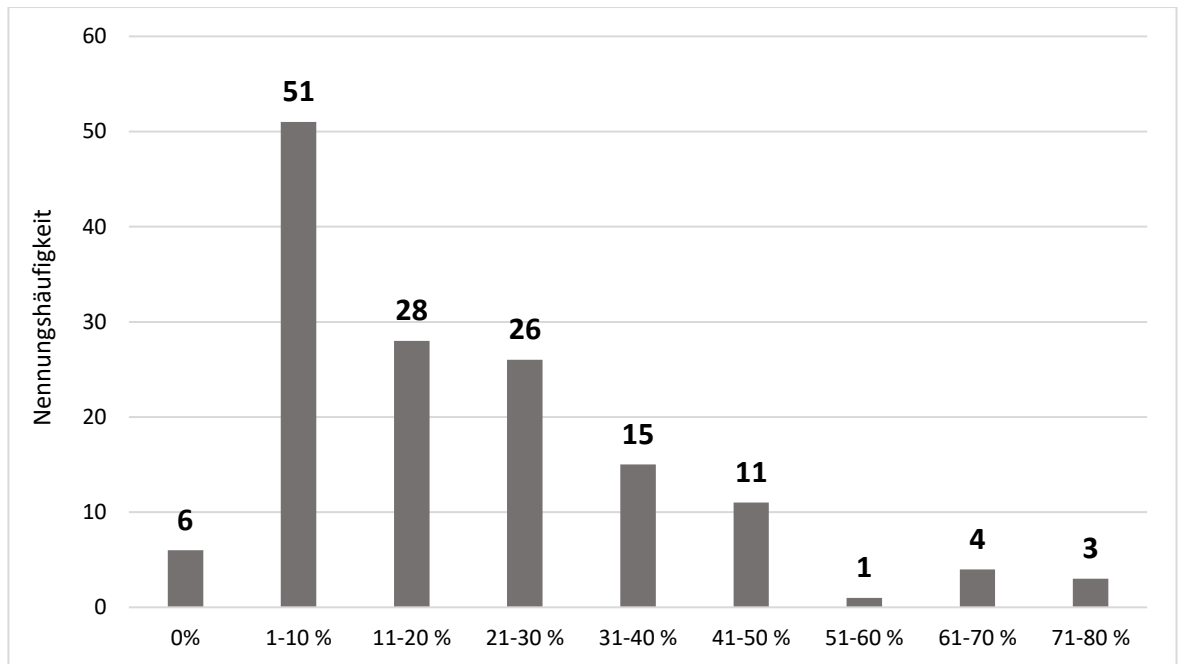


Abbildung 62. Zusammenfassung der Nennungshäufigkeiten hinsichtlich der angegebenen Abbrecherquote der Patienten (n = 145)

Unter Berücksichtigung, dass Einrichtungen an mehreren Settings zugleich tätig sein können und somit Mehrfachnennungen möglich waren, zeigt die Tabelle 30 die ermittelten Abbrecherquoten in den jeweiligen Kategorien. Die mittlere Abbrecherquote umfasst anhand der einzelnen Settings ein Spektrum von 1,2% bis 32,5%.

Tabelle 30 *Abbrecherquote in den verschiedenen Settings (Mehrfachnennungen möglich)*

Setting (Kategorie)	Beteiligung n (gesamt)	$M \pm SD$ (%)	Median (%)
Stationär	29 (43)	23.5 $\pm$ 21.5	15.0
Ambulant	36 (53)	28.4 $\pm$ 22.7	20.0
Tagesklinik	6 (8)	25.0 $\pm$ 25.7	20.0
Rehabilitationszentrum	6 (9)	1.2 $\pm$ 1.9	0.5
Kuranstalt	5 (8)	18.4 $\pm$ 21.3	10.0
Beratungseinrichtung	21 (31)	26.9 $\pm$ 18.3	20.0
Gesundheitsförderung	30 (40)	21.2 $\pm$ 16.5	20.0
Verein	8 (12)	19.4 $\pm$ 12.9	20.0
Gemeinde	10 (14)	26.5 $\pm$ 21.1	20.0
Private Praxis	68 (88)	23.8 $\pm$ 17.2	20.0
niedergel. Diätologe	38 (51)	21.1 $\pm$ 16.6	20.0
niedergel. Ernährungswissenschaftler	16 (21)	23.2 $\pm$ 16.5	20.0
Fitnessstudio	2 (6)	32.5 $\pm$ 3.5	32.5
Sonstige	13 (16)	18.8 $\pm$ 17.1	20.0
Gesamt	288 (400)	22.7 $\pm$ 18.7	20.0

Anmerkung: n = Häufigkeit der Reaktionen je Setting; (gesamt) = Gesamtanzahl des jeweiligen Settings

Die Abbrecherquote wurde auch bezüglich der Altersstruktur ermittelt. Anzumerken ist, dass eine Einrichtung zwar eine Abbrecherquote, jedoch keine Information zur Altersstruktur anführte. Die nachfolgende Analyse in Tabelle 31 beruht daher auf den Angaben von 144 Einrichtungen.

Tabelle 31 *Abbrecherquote verschiedener Altersgruppen (n = 144)*

betreute Altersgruppe	n	$M \pm SD$ (%)	Median (%)
nur Kinder	24	26.3 $\pm$ 22.3	20.0
nur Erwachsene	51	20.6 $\pm$ 18.3	20.0
Kinder & Erwachsene	69	23.0 $\pm$ 17.8	20.0
Gesamt	144	22.7 $\pm$ 18.7	20.0

4.12.4 Präventionsangebot

Bezüglich des Führens von Präventionsangeboten für Übergewicht und Adipositas gaben insgesamt 91 (44,4%) Einrichtungen an, neben einer Adipositastherapie auch eine Leistung im Präventionsbereich anzubieten, 82 (40,0%) verneinten dies und 32 (15,6%) enthielten sich einer Antwort.

Somit bietet von jenen Einrichtungen, von denen die Frage beantwortet wurde (n = 173), etwa die Hälfte ein Adipositas-Präventionsprogramm an. Die entsprechenden Anteilswerte bei Einschluss fehlender Antworten bzw. ohne Berücksichtigung fehlender Antworten sind in den Abbildungen 63 und 64 dargestellt.

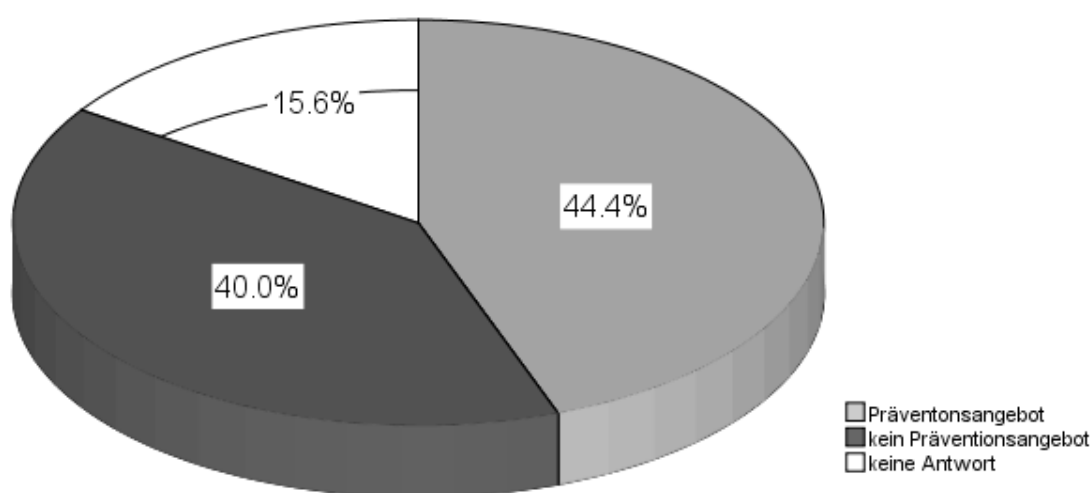


Abbildung 63. Anteilswerte hinsichtlich dem Angebot eines Adipositas-Präventionsprogramms unter Berücksichtigung fehlender Antworten (n = 205)

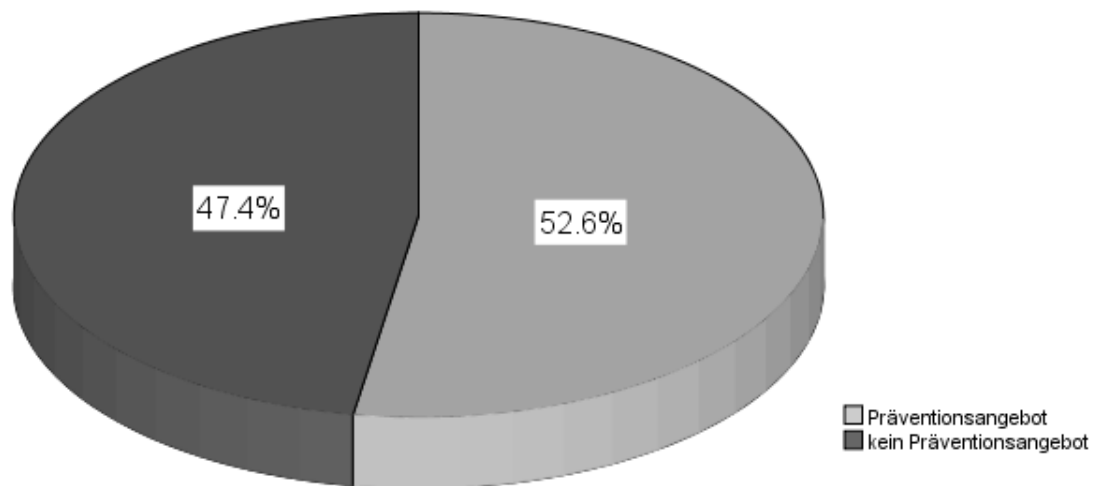


Abbildung 64. Anteilswerte hinsichtlich dem Angebot eines Adipositas-Präventionsprogramms ohne Berücksichtigung fehlender Antworten (n = 173)

4.12.5 Zusammenarbeit im Netzwerk

Insgesamt 61 (29,8%) der Befragten, von denen 26 zusätzlich Ansprechpartner zur weiteren Verbreitung der Umfrage nannten, gaben an, bereits in einem lokalen Netzwerk mit Kolleginnen und Kollegen zusammenzuarbeiten. Von den übrigen 141 Teilnehmern verneinten 86 (42,0%) eine solche Zusammenarbeit und 58 (28,3%) ließen die Frage unbeantwortet.

4.13 Aktuelle Ergebnisse im Vergleich mit früheren Erhebungen

Neben der Frage nach dem gegenwärtigen Leistungsangebot punkto Adipositastherapie in Österreich waren auch potenzielle Veränderungen und Neuerungen von Interesse. Etwaige Unterschiede sind dabei nur aus dem Vergleich mit früheren Erhebungen ablesbar. Zum Vergleich wurden die Ergebnisse der Erhebungen aus den Jahren 2005 (Dämon, 2005), 2008 (Maringgele, 2008) und 2015 (Staudinger, 2015) herangezogen, wobei 2005 ausschließlich Therapieangebote für Kinder und Jugendliche, 2008 einzig Angebote für Erwachsene und erst 2015 Angebote für alle Altersgruppen erhoben, registriert und analysiert wurden.

Ob und inwiefern sich das Adipositas-Therapieangebot in Österreich seit 2005 gewandelt hat, soll im Folgenden diskutiert werden, wobei aufgrund fehlender Rohdaten früherer Erhebungen die Arbeit „Therapieangebote für übergewichtige bzw. adipöse Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Österreich - Eine Bestandsaufnahme der Betreuungsstrukturen“ (Staudinger, 2015) als Vergleichsgrundlage herangezogen wurde. Es ist darauf hinzuweisen, dass nicht in allen Fällen bzw. Aspekten sämtliche Daten in vergleichbarer Weise vorliegen. Daher ist die Vergleichbarkeit mit früheren Studienergebnissen limitiert. Darüber hinaus war zu beachten, dass die Ergebnisdarstellungen der vorliegenden Studie die unterschiedlichen Präsentationsformen früherer Arbeiten berücksichtigt und die Beschreibung der Veränderungen möglichst vereinheitlicht erfolgt.

4.13.1 Stichprobe und Rücklaufquote

Insgesamt lieferte die Erhebung im Jahr 2005 60 potentielle Anlaufstellen für betroffene Minderjährige, welche bei der Erhebung im Jahr 2008 um 36 Einrichtungen mit Erwachsenenbetreuung erweitert wurden. Die Studie aus dem Jahr 2015 verzeichnete schließlich insgesamt 136 Adipositas-Betreuungsstrukturen. (Staudinger, 2015)

Durch die erweiterte Recherche neuer Kontaktadressen konnten bei der gegenwärtigen Erhebung 205 Therapieeinrichtungen verzeichnet werden, was einem Plus von 50,7% gegenüber der letzten Erhebung entspricht. Von insgesamt 44 Einrichtungen bestanden die Angebote im Adipositastherapiebereich im damaligen Erhebungszeitraum (November – Dezember 2014) tatsächlich noch nicht.

Ogleich bei dieser Erhebung vorerst mehr als viermal so viele E-Mail Adressen in den Verteiler aufgenommen wurden (aktuell 1780 Adressen im Vergleich zu 393 im Jahr 2015), gestaltete sich die prozentuelle Verteilung der Kontaktierten pro Bundesland in etwa gleich.

4.13.2 Vergleiche hinsichtlich der Erfahrung der Einrichtungen

Bezüglich der Programmerfahrung der an den Erhebungen teilnehmenden Einrichtungen kann in mancher Hinsicht ein Anstieg und Fortbestehen beobachtet werden: der Mittelwert der Programmerfahrung konnte 2015 zu 11.0 ± 9.0 Jahren und 2018 zu 10.1 ± 9.1 Jahren berechnet werden, wobei die aktuelle Abnahme des Durchschnittswerts teilweise durch die Teilnahme von Einrichtungen mit neu in Betrieb genommenen Therapieprogrammen zu erklären ist. Das Maximum an Berufs- bzw. Programmerfahrung in Jahren lag 2008 bei 34 Jahren, 2015 bei 45 Jahren und 2018 bei 65 Jahren.

4.13.3 Vergleiche hinsichtlich Setting und an der Leistung beteiligter Professionen

Veränderungen der Anteile hinsichtlich Ort und Art der Einrichtungen, in denen eine Adipositas-therapie stattfindet, sind in Abbildung 65 veranschaulicht. Ein Zuwachs seit der letzten Erhebung ist vor allem beim Anteil an privaten Praxen zu beobachten, während Angebote im klinischen Bereich, mit Ausnahme von Kuranstalten, aktuell anteilmäßig geringer vertreten waren.

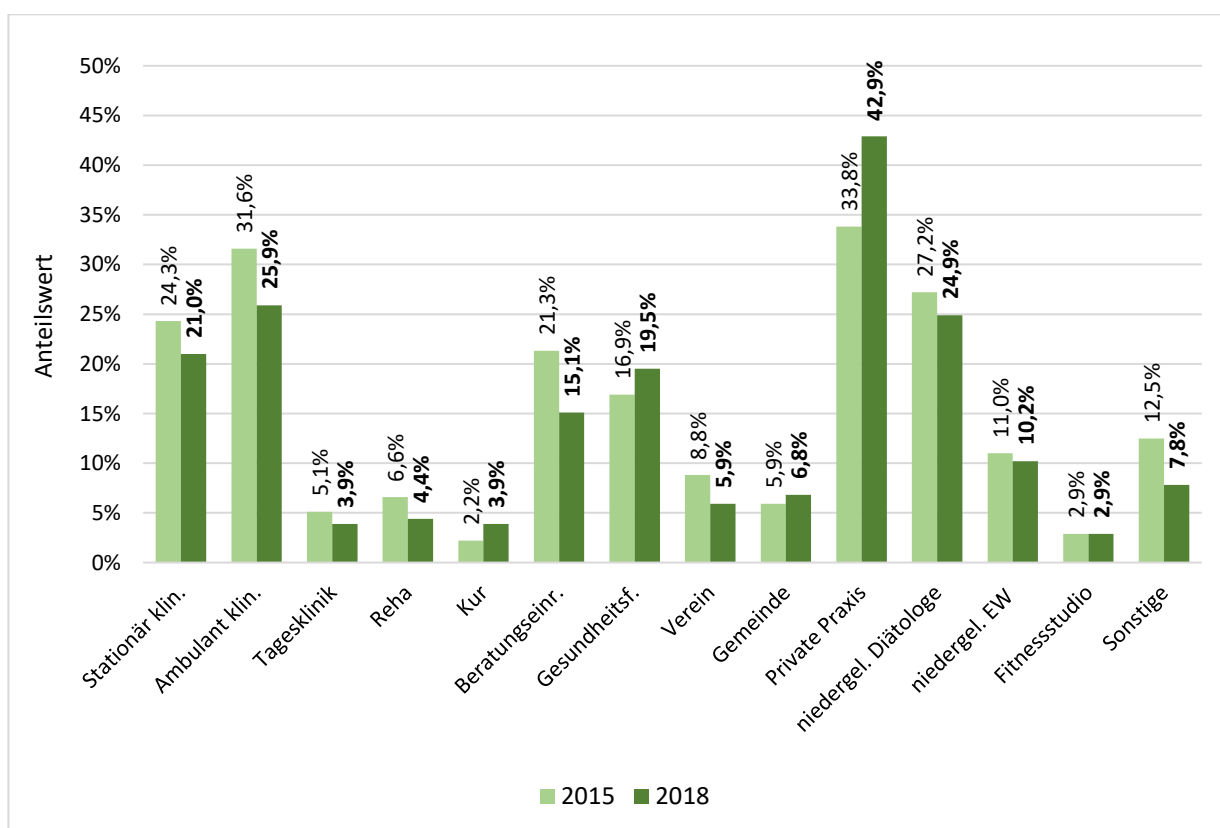


Abbildung 65. Anteilswerte der angeführten Settings (Mehrfachnennungen möglich)

Ob und inwiefern sich die Angebote bezüglich der beteiligten Berufsgruppen verändert haben, ist in Abbildung 66 veranschaulicht, wobei die zur Auswahl stehenden Antwortmöglichkeiten über die Jahre geringfügige Modifikationen erfuhren.

Eine Auftrennung der vorerst pauschal als Ernährungsfachkräfte bezeichneten Berufsgruppe in Diätologen und Ernährungswissenschaftler erfolgte im Jahr 2008 und wurde 2015 um das Berufsbild des Ernährungsberaters ergänzt. Ebenso werden die vorerst als Bewegungsfachkräfte bezeichneten Professionen seit 2008 in die Gruppe der Sportwissenschaftler und die Gruppe der Physiotherapeuten unterteilt. 2015 wurden die Antwortmöglichkeiten um die Profession „Bewegungstrainer“ erweitert. Psychologen und Psychotherapeuten werden erst seit der Erhebung 2015 getrennt betrachtet. Jene Einteilung, wie sie 2015 erfolgte, wurde bei der gegenwärtigen Erhebung jedoch beibehalten.

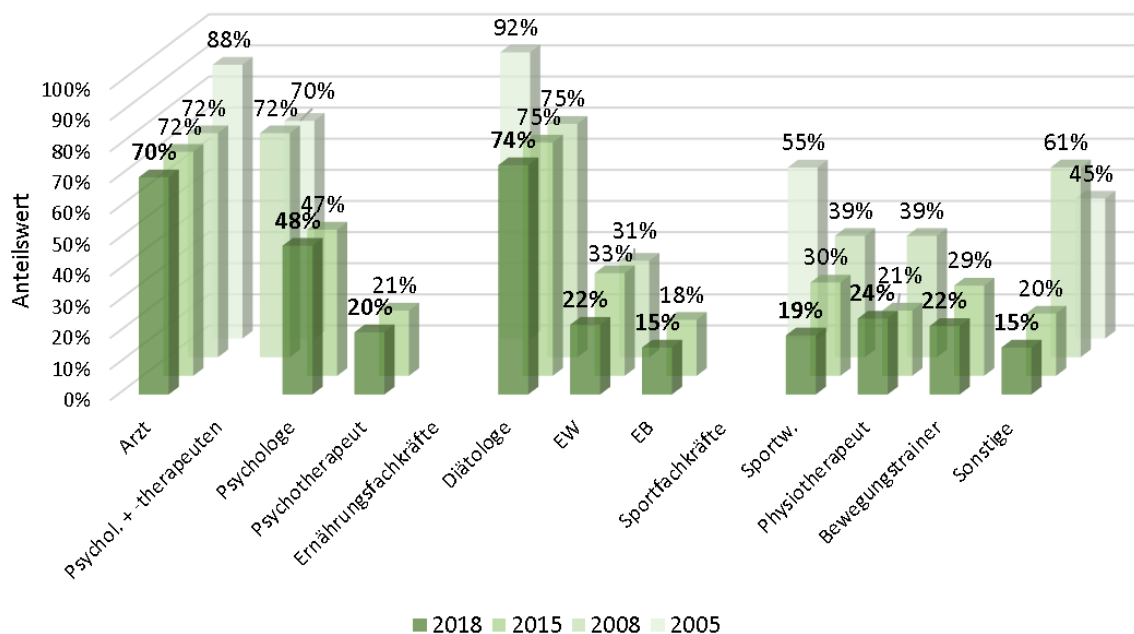


Abbildung 66. Anteilswerte der beteiligten Professionen (EW=Ernährungswissenschaftler, EB=Ernährungsberater, Sportw.=Sportwissenschaftler); (Mehrfachnennungen möglich)

Bezüglich der Beteiligung von Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten sind im Vergleich zur letzten Erhebung praktisch kaum Veränderungen zu beobachten. Auch in Bezug auf die Beteiligung von Diätologen, Ernährungsberatern und Physiotherapeuten an den Therapieprogrammen haben sich die jeweiligen Anteilswerte nicht auffällig geändert. Merklich gesunken ist der Anteil an Ernährungswissenschaftlern, Sportwissenschaftlern und Bewegungstrainern.

Auffällig ist weiters der sinkende Anteil an Nennungen unter „Sonstige“. Der 2008 noch hohe Anteilswert von 61% könnte auf die damalige gröbere und weniger spezifische Unterteilung der zur Auswahl stehenden Berufsgruppen zurückzuführen sein.

4.13.4 Vergleiche hinsichtlich angebotener Therapieformen und Schulungsinhalten

Die Abbildung 67 zeigt, wie sich die Häufigkeiten hinsichtlich des Angebots der Therapiearten Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie gewandelt haben. Wurde 2005 noch in jeder an der Studie teilnehmenden Institution Ernährungstherapie angeboten, sind aktuell mehrere Einrichtungen vertreten, die keine Leistungen in diesem Bereich anbieten. Jedoch sank auch sukzessive der prozentuelle Anteil an Einrichtungen, die mit Therapieangeboten im Bereich Sport und Bewegung und im Bereich der psychologischen Betreuung aufwarten. Schlimmstenfalls könnte dieser Rückgang eine Abnahme des Bewusstseins um die Bedeutung einer Lebensstilmodifikation im Hinblick auf körperliche Aktivität sowie der psychischen Komponente in der Behandlung der Adipositas bedeuten.

Dementgegen wird bei Betrachtung konkreter Zahlen ersichtlich, dass aktuell 63 der an der Studie mitwirkenden Einrichtungen Bewegungstherapie und 64 Verhaltenstherapie anbieten. Im Vergleich dazu wurden im Jahr 2015 ebenfalls 63 Bewegungstherapie anbietende, aber nur 54 Verhaltenstherapie anbietende Institutionen erfasst. Wahrscheinlicher ist somit, dass der prozentuelle Rückgang durch die vermehrte Rekrutierung Ernährungstherapie Anbietender und nicht durch eine Abnahme der Beachtung anderer Therapieformen zu erklären ist. Weiters dürften sich aktuell mehrere Institutionen, die je auf nur eine Therapieart spezialisiert sind, an der Umfrage beteiligt haben.

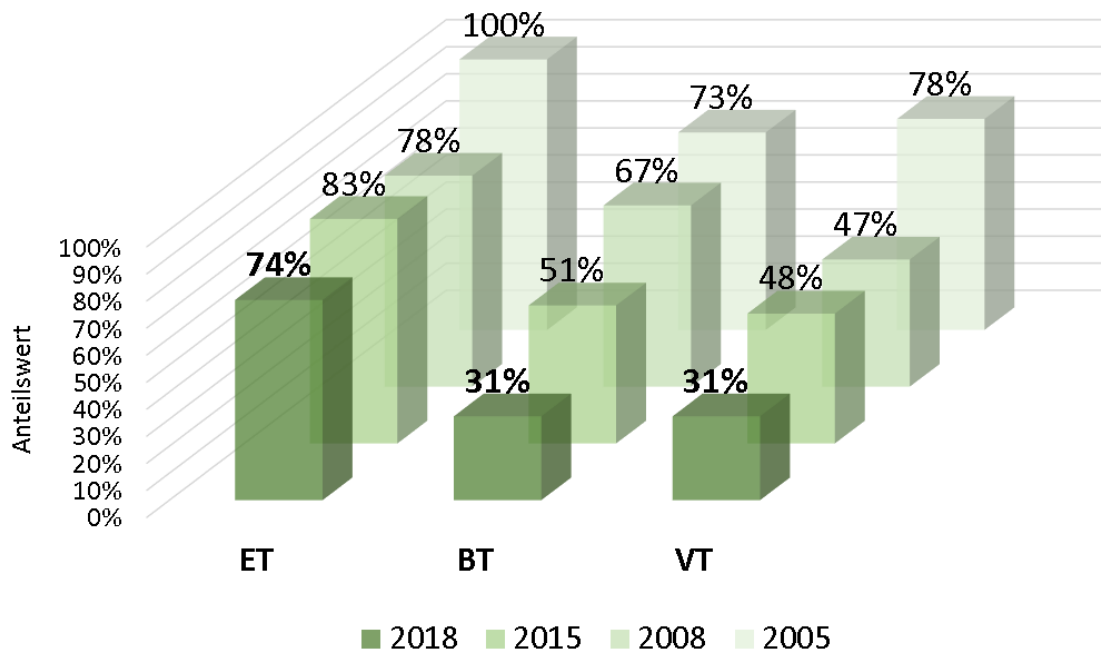


Abbildung 67. Anteilswerte bezüglich dem Angebot von Ernährungstherapie (ET), Bewegungstherapie (BT) und Verhaltenstherapie (VT); (Mehrfachnennungen möglich)

Der Anteil jener Einrichtungen, die angaben, interdisziplinär oder anderweitig kooperativ zu arbeiten, lag aktuell bei 74,6% bzw. 49,3% und spricht, verglichen mit den Ergebnissen von 2015 (Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen in 79,4% der Einrichtungen, weitere Kooperationen mit Gemeinden, Sportvereinen, Fitnessstudios etc. in gut der Hälfte der Fälle), für relativ konstante Bedingungen im Rahmen einer vielseitigen Betreuung.

Weiters wurde die Entwicklung der bei der gegenwärtigen Erhebung am häufigsten gewählten Schulungsinhalte seit 2015 analysiert, wobei keine direkte Vergleichbarkeit möglich war. Für den Vergleich herangezogen wurden dabei nur gültige Antworten.

Hinsichtlich verschiedener Diätvarianten stellte 2015 (80,0%) wie heute (72,8%) die reduzierte Mischkost die häufigstgewählte Form dar. War 2015 noch Ausdauertraining (85,7%) die häufigste Herangehensweise in punkto Bewegungstherapie, so findet dieses aktuell in 80,6% der Einrichtungen, die eine Angabe zu ihrem Bewegungsangebot machten, statt, während „Information über mehr Alltagsaktivität“ an erster Stelle steht (90,3%). Als psychotherapeutischer Ansatz lag damals (64,2%) wie heute (81,4%) das Stressmanagement an führender Stelle.

Tabelle 32 Anteilswerte häufigstgewählter Schulungsinhalte je Therapieform (Mehrfachnennungen möglich)

	aktuell häufigstgewählte Methode	Anteilswert 2018	Anteilswert 2015
Ernährungstherapie	reduzierte Mischkost	72,8 %	80,0 %
Bewegungstherapie	Information über mehr Alltagsaktivität	90,3 %	84,1 %
Verhaltenstherapie	Stressmanagement	81,4 %	64,2 %

Bei der gegenwärtigen Erhebung wurden deutlich mehr Institutionen, die spezifische Ernährungsprogramme anbieten, erfasst. Während derartige Programme 2015 in 14 Einrichtungen bestanden, waren es aktuell 41, womit nicht nur die Anzahl, sondern auch der Anteilswert jener Angebote gestiegen ist.

Die gleichen Zahlen wurden auch für die Anwendung von Formuladiäten beobachtet: ein Mahlzeitenersatz durch kalorienarme Abnehmprodukte wurde 2015 in 14 und 2018 in 41 Einrichtungen angeboten;

Auch Nahrungsergänzungsmittel werden aktuell deutlich häufiger empfohlen als noch im Jahr 2015. Während damals nur 18 von 99 (18,2%) Ernährungstherapie anbietenden Institutionen die Einnahme von Supplementen explizit befürworteten, waren es bei der aktuellen Umfrage 54 von 148 (36,5%) Einrichtungen.

Bei der Art der Vermittlung von ernährungsrelevanten Informationen dürfte es einen leichten Rückgang an praktischen Angeboten gegeben haben: im Jahr 2015 fand praktische Informationsvermittlung in 59,8% der Ernährungstherapie anbietenden Institutionen statt, während praktische Angebote wie Kochkurse bei der gegenwärtigen Erhebung in 54,1% jener Einrichtungen bestanden. Theoretische Informationsvermittlung wie sie aktuell in allen Einrichtungen geboten wurde, fand 2015 mit einer Ausnahme ebenfalls schon in allen Einrichtungen statt.

Das Angebot chirurgischer Methoden hat sich zahlenmäßig kaum, anteilmäßig aber stark verändert. An der Umfrage im Jahr 2015 nahmen 28 (20,6%) Einrichtungen, die operative Behandlungen anboten, teil. Aktuell vertreten waren 30 (14,6%) solcher Einrichtungen. Ein möglicher Grund dafür war die fehlende Möglichkeit der Befragung der Krankenhäuser des Wiener Krankenanstaltenverbunds (siehe Kapitel 4.13 Limitationen).

Die Tabelle 33 zeigt die jeweiligen Anteilswerte hinsichtlich der operativen Methoden. Ersichtlich ist, dass nach wie vor der Magenbypass und die Sleeve-Gastrektomie die populärsten bariatrischen Operationsmethoden darstellen.

Tabelle 33 Anteilswerte hinsichtlich angebotener chirurgischer Behandlungsmethoden (Mehrfachnennungen möglich)

Methode	2015		2018	
	Nennungshäufigkeit	Anteilswert (n = 26)	Nennungshäufigkeit	Anteilswert (n = 28)
Magenbypass	25	96,2 %	26	92,9 %
Sleeve-Gastrektomie	23	88,5 %	25	89,3 %
Magenband	14	53,8 %	10	35,7 %
Magenballon	4	15,4 %	4	14,3 %
BPD	6	23,1 %	4	14,3 %
Sonstige	4	15,4 %	2	7,1 %
BPD-DS	2	7,7 %	1	3,6 %

4.13.5 Vergleiche hinsichtlich der Struktur der Angebote

Wie schon 2015 von Mag. Staudinger beschrieben ist auch weiterhin eine steigende Tendenz hin zu exklusiver Einzeltherapie in laufenden Einrichtungen mit einem individuell wählbaren Einstiegstermin und individueller Dauer zu beobachten.

Bei den 2005 erfassten Einrichtungen handelte es sich in 77% der Fälle um laufende Einrichtungen, die ihre Programme permanent anboten. 2015 lag der Anteil an laufenden

Einrichtungen bereits bei 91,1% und erlebte bis zur aktuellen Umfrage einen weiteren Anstieg auf 95,1%.

War 2005 noch in 27% der Einrichtungen ein Therapieeinstieg einmal pro Jahr möglich, sank dieser Anteil bis 2015 auf 7,0% und bis 2018 auf 6,6%. Das Erreichen einer bestimmten Gruppengröße war 2005 in 12% und 2015 in 9,4% der Einrichtungen für einen möglichen Therapiebeginn ausschlaggebend. Bei der gegenwärtigen Erhebung war dies bei 7,6% der Angebote entscheidend. Im Gegensatz dazu nahm der Anteil an Angeboten, bei denen ein Einstieg jederzeit möglich ist, zu. Dieser wuchs über zehn Jahre von 47% im Jahr 2005 auf 83,6% im Jahr 2015 und lag aktuell bei 85,9%.

Auch betreffend der Strukturierung der Leistungen in Bezug auf Angebote in Form von Einzel- und Gruppentherapie gab es seit 2005 beobachtbare Veränderungen. Im Jahr 2005 wurden Gruppentherapien mit 70% deutlich häufiger angeboten als Einzeltherapien mit 30%. 2008 lag der Anteil an Einrichtungen die ausschließlich Gruppentherapie bzw. Einzeltherapie anboten bei 36% bzw. 22%. In 33% der Einrichtungen gab es ein Angebot von sowohl Gruppen- als auch Einzeltherapie. 2015 boten bereits 92% der teilnehmenden Einrichtungen Einzeltherapie an, in 60% der Fälle bestand eine Kombination beider Strukturen. Gegenwärtig zeigte sich die Einzeltherapie als die deutlich häufigere Form: in 55% der beteiligten Einrichtungen wird ausschließlich diese individuelle Art der Betreuung geboten; In 34,5% der Einrichtungen werden beide Formen angeboten und in 10,5% der Einrichtungen findet die Therapie ausschließlich in der Gruppe statt.

Wie schon im Jahr 2015 orientiert sich die Dauer der Therapie auch gegenwärtig an individuellen Bedürfnissen. In aktuell 77,0% der Einrichtungen findet die Leistung in einem individuellen Zeitrahmen statt, im Jahr 2015 war dies in 78,6% der Einrichtungen der Fall. Angebote mit fixer Zeitdauer gab es 2015 in 20,6% und 2018 in 22,0% der teilnehmenden Institutionen. Die restlichen 0,8% bzw. 1,0% entfielen auf die Antwortmöglichkeit „Sonstige“, die aktuell in Fällen einmaliger Untersuchungen gewählt wurde.

4.13.6 Vergleiche hinsichtlich einer vorgesehenen Nachbetreuung und angebotenen Präventionsprogrammen

Eine Nachbetreuung im Anschluss an eine erfolgte Adipositas-Therapie war im Jahr 2005 in 71%, im Jahr 2008 in 69% und im Jahr 2015 in 73,5% der beteiligten Einrichtungen intendiert. Von den 205 an der aktuellen Studie beteiligten Institutionen beabsichtigen 72,2% die weitere Betreuung ihrer Patienten.

In punkto Adipositas-Präventionsmaßnahmen boten 2015 insgesamt 63 Einrichtungen(46,3%) und 2018 91 Einrichtungen (44,4%) eine Leistung im Präventionsbereich an.

4.13.7 Vergleiche hinsichtlich der Qualitätssicherung in der Adipositastherapie

Ob, in welchem Ausmaß und welche Maßnahmen mit dem Ziel der Qualitätssicherung und Überprüfung der Behandlungen Anwendung finden, soll im Folgenden diskutiert und mit früheren Ergebnissen verglichen werden. Auch hier darf der mögliche Einfluss einer Änderung aktuell vertretener Einrichtungen im Vergleich zu vorigen Erhebungen nicht übersehen werden. Direkte Vergleiche sollten nicht leichtfertig angestellt werden.

In der gegenwärtigen Erhebung gab ein größerer Anteil der Institutionen an, nach evidenzbasierten Behandlungsrichtlinien zu arbeiten: hier ist, wie in der Abbildung 68 veranschaulicht, ein Anstieg von 58,1% im Jahr 2015 auf 68,8% im Jahr 2018 zu beobachten;

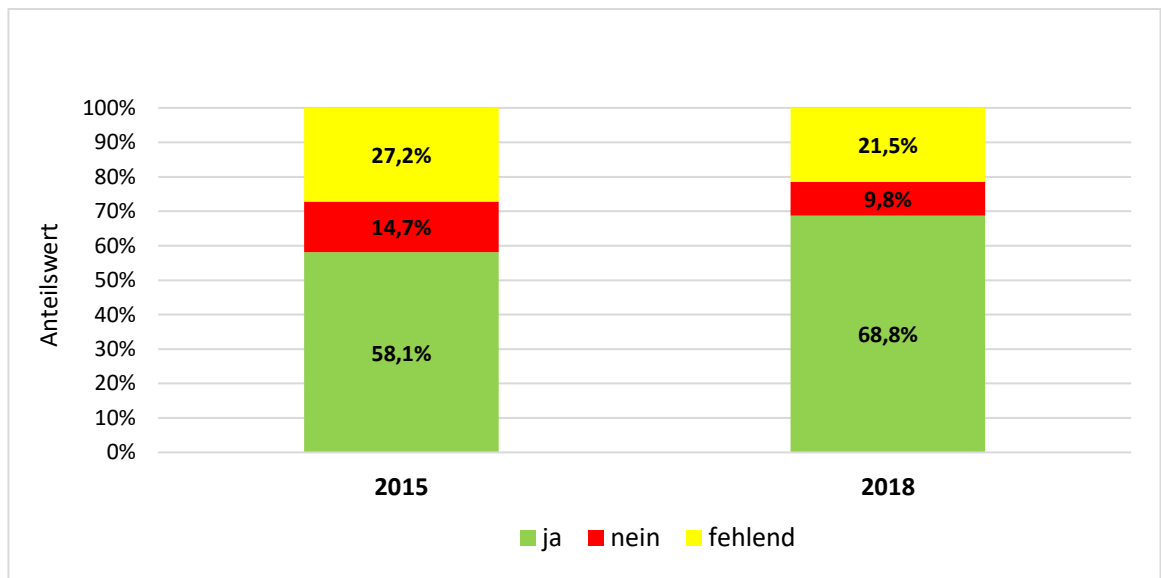


Abbildung 68. Anteilswerte der Nennungen hinsichtlich der Arbeit nach evidenzbasierten Leitlinien im Vergleich zwischen den Erhebungen 2015 und 2018

Nach wie vor wird am häufigsten nach der S3-Leitlinie „Evidenzbasierte Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas“ gearbeitet: jene wurde 2015 von 80,5% und 2018 von 84,8% der Einrichtungen, die Angaben zu angewandten Leitlinien machten, genannt.

Im Hinblick auf eine fachgerechte Prüfung der Erfolge gaben 2015 36,8% der Teilnehmenden an, eine Programmevaluierung durchzuführen. Im Vergleich dazu waren es aktuell 37,6%, die eine solche Untersuchung und Bewertung ihrer Angebote intern oder durch externe Stellen veranlassen. Dies ist in Abbildung 69 veranschaulicht.

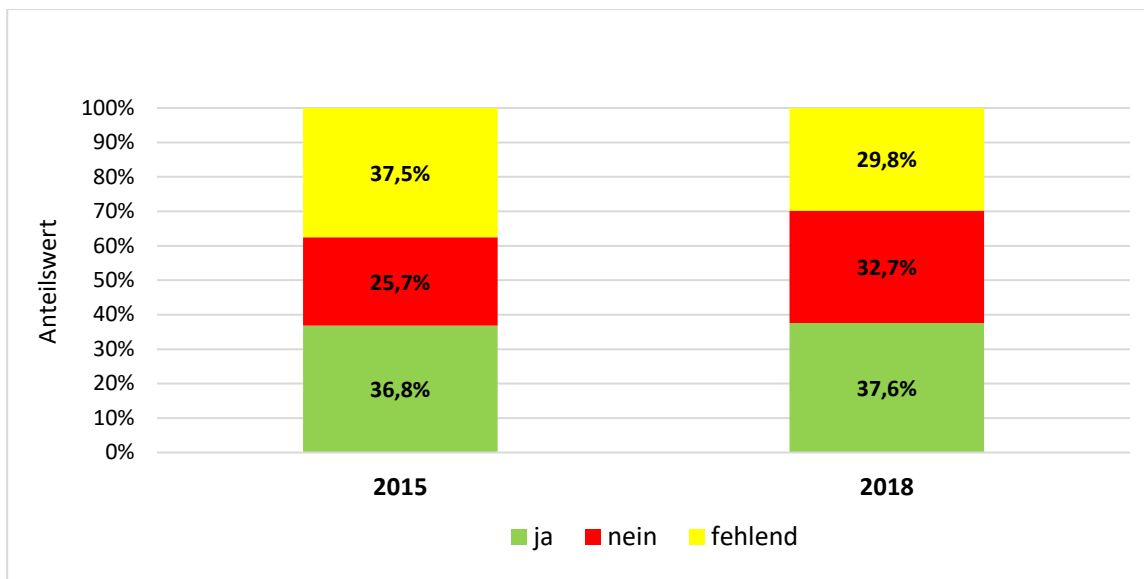


Abbildung 69. Anteilswerte der Nennungen hinsichtlich einer Evaluierung der Angebote im Vergleich zwischen den Erhebungen 2015 und 2018

4.13.8 Vergleiche hinsichtlich patientenbezogener Angaben

Im Hinblick auf das Alter der in den Einrichtungen betreuten Personen fällt ein Anstieg in der Betreuung minderjähriger Patienten sowie ein höherer Prozentsatz an über 50-Jährigen, die eine Therapie in Anspruch nehmen, seit der letzten Erhebung auf.

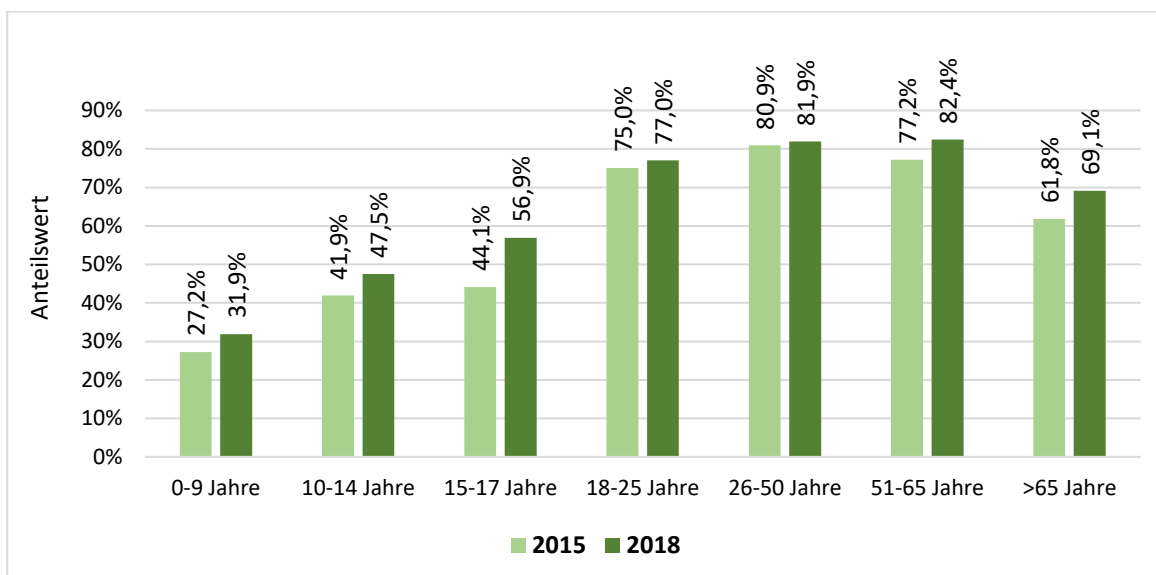


Abbildung 70. Anteilswerte betreuter Altersgruppen (Mehrfachnennungen möglich)

Bei Betrachtung des von den Teilnehmenden angegebenen Frauenanteils an der Gesamtteilnehmerzahl waren zwischen 2015 und 2018 kaum nennenswerte Veränderungen zu beobachten. Wie in Abbildung 71 ersichtlich gab es lediglich einen geringen Zuwachs an Leistungen, deren Teilnehmer überwiegend männlich sind.

Somit könnte geschlussfolgert werden, dass aktuell mehr Männer eine Adipositas­therapie in Anspruch nehmen als noch vor drei Jahren.

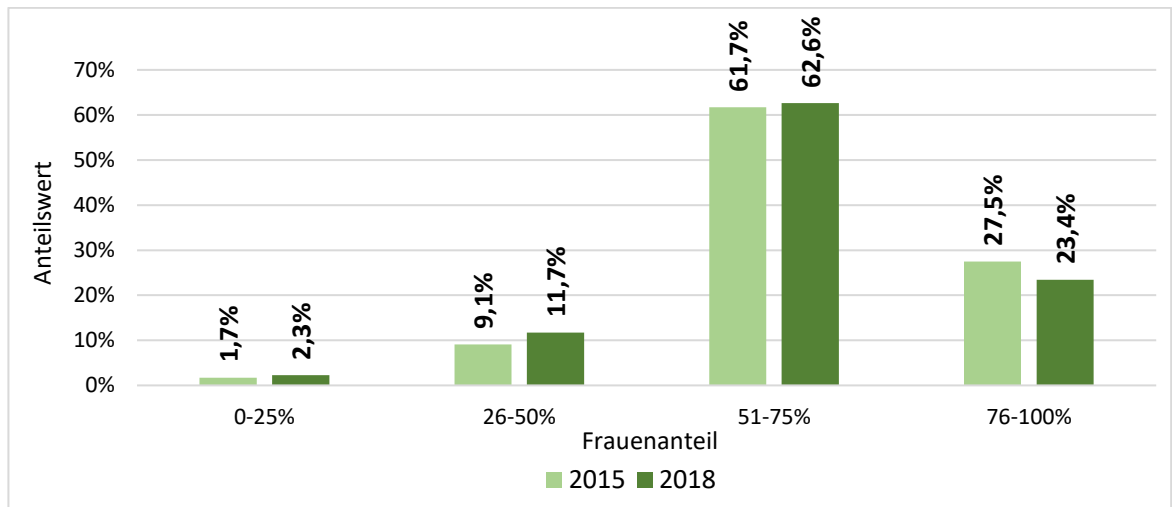


Abbildung 71. Anteil weiblicher Teilnehmer an der Gesamtteilnehmerzahl

Ähnlich verhält es sich mit der Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund. Auch hier waren, wie in Abbildung 72 ersichtlich, keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Ergebnissen von 2015 und 2018 zu beobachten. Im Jahr 2015 gaben 68,4% der Teilnehmenden an, Patienten mit Migrationshintergrund in ihrer Einrichtung zu betreuen, 2018 waren es 66,3%.

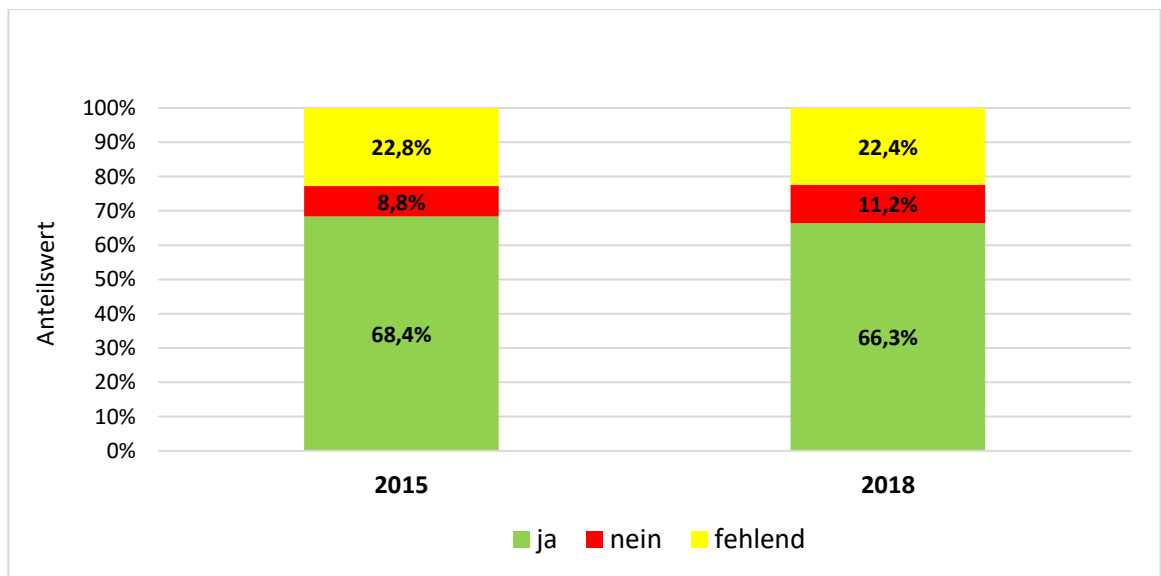


Abbildung 72. Anteilswerte bezüglich der Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund

Unter ausschließlicher Berücksichtigung jener Teilnehmenden, welche eine Angabe zum Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund an der Gesamtteilnehmerzahl in ihrer Einrichtung machten, konnte jener Anteil im Jahr 2015 zu $18.5\% \pm 17.4\%$ und im Jahr 2018 zu $20.1\% \pm 19.8\%$ ermittelt werden. Bei der vorigen Erhebung wurde am häufigsten ein Anteilswert von 10,0% gewählt, während eine Angabe von 5,0% gegenwärtig die häufigste war. Bei beiden Erhebungen lag der höchste angegebene Wert bei 80,0%.

Ein besonderes Augenmerk auf kulturell und religiös bedingte Unterschiede bei den Essgewohnheiten der Patienten wurde 2015 in 86,0% der Institutionen gerichtet, während 2018 lediglich 53,7% der Einrichtungen angaben, diese zu berücksichtigen.

Kaum auffällige Veränderungen gab es in den letzten drei Jahren bezüglich der Abbrecherquote, welche 2015 bei 24.3 ± 17.1 ($Md = 20.0$) Prozent und 2018 bei 22.7 ± 18.7 ($Md = 20.0$) Prozent lag. Das angegebene Maximum lag 2015 bei 70,0% und 2018 bei 80,0%. Als Minimum wurde bei beiden Erhebungen 0,0% angegeben.

4.13.9 Vergleiche hinsichtlich der Art der Zuweisung zur Therapie

Bezüglich der Art und Weise wie potenzielle Teilnehmer auf eine therapie anbietende Institution aufmerksam werden, waren schon seit der ersten bzw. zweiten Erhebung im Jahr 2005 bzw. 2008 „ärztliche Überweisung“ und „Selbstinitiative“ die beiden meistgenannten Antworten. Die entsprechenden Anteilswerte sind in Abbildung 73 bildlich dargestellt, wobei „Selbstinitiative“ als Auswahlmöglichkeit erst seit 2008 zur Verfügung stand.

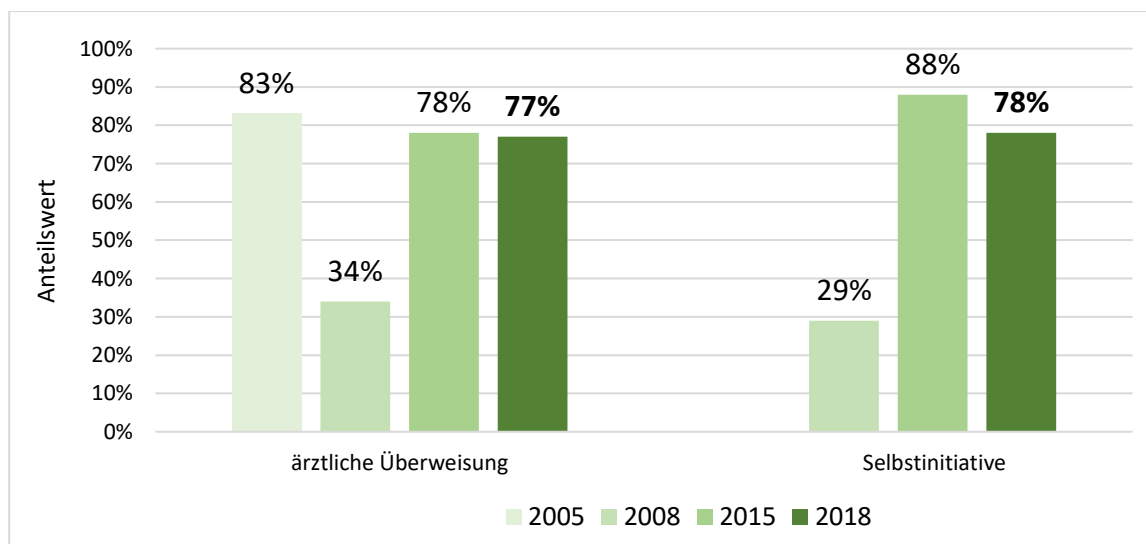


Abbildung 73. Anteilswerte der Nennungen von „Selbstinitiative“ und „ärztliche Überweisung“ als Art der Therapiezuweisung (Mehrfachnennungen möglich)

Die jeweiligen Anteilswerte der weiteren Möglichkeiten, wie Hilfesuchende auf ein Therapieangebot aufmerksam werden können, haben seit der letzten Erhebung keine auffälligen Entwicklungen erlebt. Der Anteil an Nennungen von Presseberichten und Werbung in Medien um Teilnehmer zu gewinnen ist zwar zurückgegangen (von 33,8% im Jahr 2015 auf 30,0% im Jahr 2018 bzw. von 35,3% im Jahr 2015 auf 29,6% im Jahr 2018), aufgrund der Möglichkeit von Mehrfachnennungen sowie Überschneidungen einzelner Antwortmöglichkeiten sind die jeweiligen Anteilswerte jedoch schwer vergleichbar.

4.13.10 Vergleiche hinsichtlich Einschlusskriterien

Im Folgenden findet ein Vergleich nur zwischen den Ergebnissen von 2005, 2015 und 2018 statt, da auch hier die Ergebnisse von 2008 ungenügend aussagekräftig sind.

Die Bereitschaft und Motivation zur Teilnahme an einem Therapieangebot stellte in jeder der drei Umfragen das wichtigste Einschlusskriterium für die Inanspruchnahme einer Leistung dar (2005: 92%; 2015: 78%; 2018: 74,1%).

An zweiter Stelle stand nach wie vor die ärztliche Eingangsuntersuchung zum Ausschluss von Grunderkrankungen, die 2005 in 88%, 2015 in 60% und 2018 in 65% der Einrichtungen als zu erfüllendes Kriterium galt.

Bestimmte BMI Werte spielten ebenfalls weiterhin eine entscheidende Rolle, um an einem Angebot teilnehmen zu können, wobei 2015 ein BMI von 30,0-39,9 in 53,3% der Fälle und ein BMI von über 40,0 in 48,9% der Fälle als Einschlusskriterium galt, während bei der gegenwärtigen Erhebung Adipositas Grad I und II in 43,5% und Adipositas Grad III in 47,1% der Fälle ausschlaggebend war. Ein deutlich erhöhter Taillenumfang stellt laut gegenwärtiger Umfrage in 25,9 % der Einrichtungen ein Einschlusskriterium dar. Im Vergleich dazu war dies 2005 in 17,8% der Institutionen der Fall.

4.13.11 Vergleiche hinsichtlich durchgeführter Untersuchungen

Bis auf wenige Ausnahmen (2,2% bzw. 1,0%) wurden sowohl 2015 als auch 2018 in allen Einrichtungen Untersuchungen im Rahmen der angebotenen Leistungen durchgeführt. Die jeweiligen Anteilswerte der Nennungen bezüglich durchgeführter Untersuchungen haben sich, wie in Abbildung 74 ersichtlich, kaum erwähnenswert geändert. Eine Dokumentation der gewonnenen Untersuchungsdaten fand 2015 in 124 (91,2%) Einrichtungen und 2018 in 184 (89,8%) Einrichtungen statt.

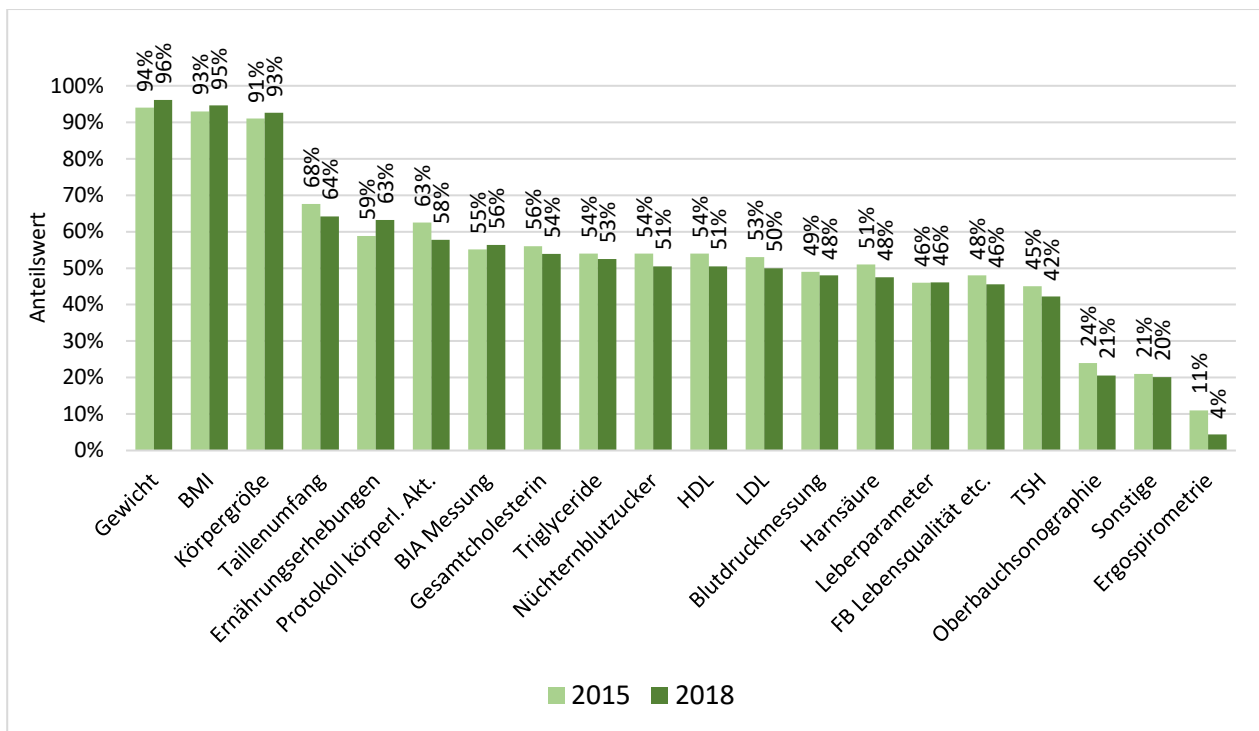


Abbildung 74. Anteilswerte der Nennungen bezüglich durchgeführter Untersuchungen (Mehrfachnennungen möglich)

4.13.12 Vergleiche hinsichtlich der Finanzierung der Leistungen

Im Hinblick auf die Finanzierung der Adipositasstherapie ist eine leichte Tendenz in Richtung einer zunehmenden Notwendigkeit zumindest Teile der Therapie durch private Zahlungen zu decken beobachtbar.

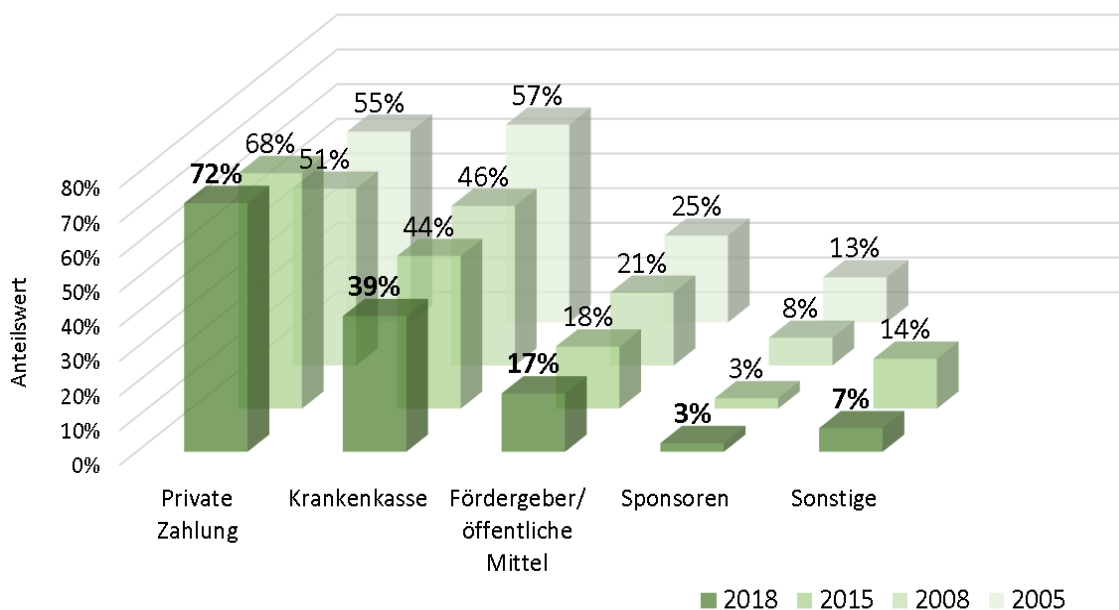


Abbildung 75. Anteilswerte der Nennungen bezüglich der Finanzierung der Leistung (Mehrfachnennungen möglich)

Wie in der Abbildung 75 veranschaulicht sanken im Laufe der Jahre die Anteile an Angeboten, deren Kosten durch Übernahme durch Krankenkassen oder aber auch durch Fördergeber, Sponsoren und öffentliche Mittel gedeckt werden, wohingegen eine private Kostenübernahme aktuell häufiger nötig ist.

An dieser Stelle dürfen die unterschiedlichen Anteile verschiedener Anbieter jedoch nicht außer Acht gelassen werden. So könnte diese Verschiebung mit einer schwer vergleichbaren Änderung hinsichtlich der Anteile an öffentlichen und privaten Leistungsanbietern in Zusammenhang stehen.

4.14 Limitationen

Die Tatsache, dass durch die Umfrage einerseits nicht österreichweit jede einzelne in der Adipositas therapie tätige Person und Institution erreicht werden konnte und es sich daher nicht um eine Vollerhebung handelt, ebenso wenig wie ein spezielles Auswahlverfahren angewandt wurde um aus der Grundgesamtheit eine randomisierte Zufallsstichprobe zu ziehen, könnte als nicht optimal angesehen werden. Es galt diese Problematik durch im Kapitel 3.3 *Studiendesign und Rekrutierung* beschriebene Schritte zu minimieren. Dennoch ergab sich ein ungleiches Verhältnis unterschiedlicher Therapieangebote, anbietender Einrichtungen und beteiligter Professionen, das zum Teil Resultat einer unterschiedlich hohen Anzahl an Kontaktierten pro Sparte ist. So wurde bei der Recherche vermehrt nach Personen gesucht, die sich entweder gezielt mit der Betreuung Adipöser befassen oder aber im Bereich der Ernährungsberatung und -therapie tätig sind. Nach Einrichtungen im Bereich Bewegung und Sport wurde nur in direkter Verbindung mit Adipositas therapie gesucht, während Einrichtungen im Bereich der Ernährungstherapie ohne Vorselektion bezüglich des Angebots spezieller Adipositas therapieprogramme zur Umfrage eingeladen wurden.

Des Weiteren resultiert die freiwillige Teilnahme an der Umfrage zwangsläufig in einer unvermeidbaren Verzerrung in Form eines Selection Bias.

Limitationen angesichts des nicht validierten Fragebogens wurden bereits im Kapitel 3.6.2 *Haupt- und Nebengütekriterien der Erhebung* thematisiert. Ökonomie sowie Zumutbarkeit des Erhebungsinstruments müssen hinterfragt werden. Zum einen ist die Zumutbarkeit durch die freiwillige Teilnahme gesichert, jedoch darf zum anderen die große Anzahl nicht vollständig ausgefüllter Fragebögen nicht außer Acht gelassen werden. Aufgrund der fehlenden Einverständniserklärung konnten somit auch jene beinahe komplett ausgefüllten Fragebögen weder für die statistische Auswertung, noch für die Broschüre verwendet werden. Um diesem Problem entgegenzuwirken wurde an betroffene Kontakte eine Mitteilung über den nicht

abgeschlossenen Fragebogen und der damit nicht möglichen Berücksichtigung ausgesendet. Das Problem vor Komplettierung beendeter Fragebögen bestand dennoch häufig weiterhin. Zu hinterfragen ist daher, ob die Umfrageteilnahme weniger aufwendig gestaltet werden könnte. Ebenso wäre bei zukünftigen Erhebungen die Formulierung und Länge der Einladung zur Umfrage zu überdenken, deren Inhalte noch kürzer, prägnanter und gleichzeitig unmissverständlich formuliert werden sollten. Bei der gegenwärtigen Erhebung aufgekommene Fragen, etwa ob Daten einer vorigen Erhebung automatisch übernommen werden oder eine erneute Teilnahme erwünscht ist, sollten schon vorab beantwortet und alle relevanten Punkte ausreichend behandelt werden.

Vermehrte Anfragen, ob eine Teilnahme erwünscht ist, ließen darauf schließen, dass sich nicht alle Kontaktierten von der Einladung angesprochen fühlten. Gehäufte Rückmeldungen mit der Bitte, alte Daten (aus einer früheren Erhebung) wieder zu übernehmen, zeigten ebenfalls Handlungsbedarf. Weiters wurde eine geringe Bereitschaft der Teilnehmenden, sich selbstständig mit den Inhalten des Fragebogens auseinanderzusetzen, beobachtet. Die Folge war ein erhöhter Aufwand durch eine große Anzahl an einzeln zu beantwortenden Anfragen.

Infolgedessen wurde für die zweite und dritte Aussendung der Einladungstext dahingehend verändert, dass vermehrt auf genannte Themen eingegangen wurde. Ebenfalls hervorgehoben wurde der positive Mehrwert einer Teilnahme durch die zukünftige Aufnahme in die Broschüren und das Adipositas-Netzwerk. Weiters wurde in Erinnerungsmails dezidiert auf die bewahrte Anonymität bei der statistischen Auswertung sowie aller nicht „werbe-relevanten“ Daten hingewiesen.

Ein zu kritisierender Punkt ist auch die hohe Anzahl an Teilnahmen am Ende des Erhebungszeitraums bzw. noch nach offiziellem Fristende. Trotz der mehrmaligen Kontaktaufnahme in Form von Umfrageeinladungen und Erinnerungen wurden mehr als ein Drittel der berücksichtigten Fragebögen erst nach der dritten Aussendung ausgefüllt, in mehreren Fällen gab es Ansuchen um Fristverlängerung.

Ebenfalls zu kritisieren ist die unverhältnismäßig häufig genützte Möglichkeit, Fragen unbeantwortet zu lassen.

Hinsichtlich der Verbreitung der Umfrage führten nicht-aktuelle E-Mail Adressen, volle Mailboxen und durch die Massenaussendung verursachte Ablehnung der Mailzustellung durch die E-Mail Programme von Sender und Empfänger in mehreren Fällen zu wiederholter Unzustellbarkeit der Einladung. Folglich konnten weniger Personen und Institutionen erreicht werden als Kontakte zur Verfügung standen.

Weiters war, trotz wiederholter Korrespondenz, eine Teilnahme von Seiten der öffentlichen Krankenhäuser des Wiener Krankenanstaltenverbunds (KAV) aus rechtlichen und organisatorischen Gründen nicht möglich, wodurch sämtliche Einrichtungen und Angebote öffentlicher Krankenhäuser in Wien nicht in die statistische Auswertung einfließen und ebenso wenig in die Broschüren für Hilfesuchende aufgenommen werden konnten.

4.15 Interpretation, Ausblick und Schlussbetrachtung

Auf Basis der vorliegenden Daten konnten sowohl Veränderungen des Adipositas-Therapieangebots in Österreich gegenüber früheren Erhebungen bzw. seit der letzten Erhebung im Jahr 2015 festgestellt, als auch Unterschiede im gegenwärtigen Therapieangebot zwischen den einzelnen Einrichtungen und deren Programmen aufgezeigt werden, wodurch die Nullhypothesen H_0 verworfen und die Alternativhypothesen H_1 (siehe 3.2.1 *Fragestellungen und Hypothesen*) angenommen werden können.

Insgesamt scheinen die Betreuungsstrukturen in Österreich, sowie deren gebotene Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten, vielfältig, wobei kritisch zu betrachtende bzw. verbesserungswürdige Aspekte nicht unerwähnt bleiben dürfen. Besonderer Handlungsbedarf besteht aufgrund des beobachtbaren Rückgangs von Bewegungs- und Verhaltenstherapieangeboten. Im Sinne des ganzheitlichen Ansatzes sollte diesem Trend gezielt gegengesteuert werden.

Auf Basis der erhobenen Daten früherer Studien sowie der gegenwärtigen Erhebung zeigte sich weiters ein laufender Trend hin zu mehr Einzeltherapie. So weist der aktuelle Stand auf eine ausschließlich individuelle Art der Betreuung in über der Hälfte der beteiligten Einrichtungen hin, während gruppentherapeutische Strukturen deutlich weniger häufig bestehen.

Weiters konnte bei der Finanzierung der Therapieleistungen eine rückläufige Finanzierungsquote durch Krankenkassen und öffentliche Mittel und eine steigende Tendenz zur Notwendigkeit, die Kosten therapeutischer Maßnahmen zumindest teilweise durch private Zahlungen zu decken, beobachtet werden.

Der bereits bei vorigen Erhebungen kritisierte geringe Anteil männlicher Patienten in den Betreuungseinrichtungen, bei gleichzeitig höherer Übergewichts- und Adipositas-Prävalenz in der männlichen Bevölkerung, besteht weiterhin, wobei zuletzt ein geringer Zuwachs an Leistungen, deren Teilnehmer überwiegend männlich waren, verzeichnet werden konnte. Dennoch ist der Anteil männlicher Teilnehmer wenig zufriedenstellend, weshalb Strategien, um speziell Männer mehr anzusprechen und an eine geeignete Behandlung heranzuführen, entwickelt werden sollten.

Angebote für Kinder und Jugendliche, die in vorigen Erhebungen teilweise als nicht ausreichend betrachtet wurden, gab es gegenwärtig in immerhin zwei Drittel der teilnehmenden Institutionen.

Weiterer Handlungsbedarf besteht bei der Verbesserung und dem weiteren Ausbau der Vernetzung von in der Adipositas-therapie Tätigen sowie bei deren interdisziplinären Zusammenarbeit. Verbesserungsbedarf gibt es auch bei den aktuell unzureichenden Möglichkeiten einer Nachbetreuung im Anschluss an eine erfolgte Therapie.

Ebenso sollte die Verwendung von evidenzbasierten Leitlinien und den darin enthaltenen Qualitätskriterien vorangetrieben werden. Infolge der erweiterten Recherche fanden sich jedoch auch Institutionen, die keine wissenschaftlich fundierten oder qualitätsgesicherten Programme anbieten. War vorerst ein späteres Aussortieren jener Programme geplant, so wurde im Laufe der Studie der Entschluss gefasst, dass aufgrund individueller Bedürfnisse von Patienten sowie der Vielseitigkeit der Adipositas, auch eine Vielfalt an Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten geboten werden sollte. So können beispielsweise auch alternative Therapiemöglichkeiten bei dahingehendem Wunsch der Patienten einen Mehrwert bieten und sollten daher ebenfalls berücksichtigt werden.

Aus der Literatur ist die Bedeutung einer breitgefächerten Therapie adipöser Menschen bekannt. Weiters sollte eine Behandlung, um von Patienten akzeptiert zu werden und längerfristig bestehen zu können, zu deren Lebensstil und -einstellung passen. Unterschiedliche Einstellung zum Körper, zur Therapie und zur Krankheit selbst erfordern verschiedene Zugänge zu Betroffenen, wobei Wille und Motivation der Patienten sowie deren Überzeugung, gut betreut zu werden, für eine erfolgreiche Therapie unerlässlich sind. Daher wurde durch die Teilnahme an der Umfrage der gegenwärtigen Studie Anbietern verschiedenster Adipositas-Therapieprogramme die Möglichkeit gegeben, in die Broschüren sowie ins Adipositas-Netzwerk Österreich aufgenommen zu werden, um in Folge möglichst vielen Betroffenen Hilfestellungen bieten zu können.

5 Zusammenfassung/Abstract

In Anbetracht steigender Adipositas-Prävalenzraten ist eine laufende Erhebung der Therapieangebote in Österreich von hoher Relevanz. Anknüpfend an Erhebungen von Betreuungsstrukturen und ihren Therapieangeboten für Übergewichtige und Adipöse seit 2005 wurde in Form eines Querschnittsdesigns der Ist-Zustand erhoben. Um auch Veränderungen und Entwicklungen darlegen zu können, wurde der Status quo 2017/18 mit dem früheren Angebotsspektrum verglichen. Insgesamt konnten mit dem bereits bewährten Fragebogen österreichweit 205 Institutionen mittels Online-Befragung zu quantitativen Eckpunkten und qualitativen Aspekten erfasst werden. Es konnten sowohl Unterschiede im gegenwärtigen Adipositas-Therapieangebot zwischen den einzelnen Einrichtungen und deren Programmen, als auch Veränderungen gegenüber früheren Erhebungen aufgezeigt werden. Unter anderem zeigte sich ein laufender Trend hin zu exklusiver Einzeltherapie. So weist der aktuelle Stand auf eine ausschließlich individuelle Art der Betreuung in über der Hälfte der beteiligten Einrichtungen hin, während gruppentherapeutische Strukturen deutlich weniger häufig bestehen. Weiters konnte bei der Finanzierung eine Tendenz zu einer steigenden privaten Kostenübernahme und damit die häufige Notwendigkeit therapeutische Maßnahmen zumindest teilweise durch private Zahlungen zu decken, beobachtet werden, während insgesamt eine rückläufige Finanzierungsquote durch Krankenkassen und öffentliche Mittel festgestellt werden konnte. Ansonsten scheinen die Betreuungsstrukturen in Österreich ausreichend und die gebotenen Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten vielfältig. Die Bedeutung der comprehensiven Betreuung adipöser Menschen sowie der interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener Professionen verlangt auch in Zukunft die Erhebung des Angebots von Anbietern sämtlicher Behandlungsmöglichkeiten. Um den österreichweiten Versorgungsstand repräsentativ dokumentieren zu können ist zu empfehlen, die weitere Entwicklung des Betreuungsangebots anhand von Erhebungen laufend zu beobachten.

In view of increasing obesity prevalence rates, an ongoing survey of treatment offers in Austria is highly relevant. Following up on surveys of care structures and their treatment offers for overweight and obese people since 2005, the current state was surveyed in the form of a cross-sectional design. In order to be able to show changes and developments, the status quo 2017/18 was compared with the previous offer spectrum. In total, 205 institutions across Austria were surveyed by means of an online survey on quantitative key parameters and qualitative aspects. Differences in current obesity treatment between institutions and their programs as well as changes from previous surveys could be demonstrated. Among other things, there was a growing trend towards exclusive individual therapy. The current state of affairs points to an exclusively individual type of care in more than half of the participating institutions, while group therapy structures are much less frequent. Moreover, funding has been associated with a trend towards increasing private meeting of the costs and thus the widespread need for at least partial coverage of therapeutic interventions through private payments, while overall a declining funding rate through health insurance and public funds has been identified. Apart from that, the care structures in Austria seem sufficient as well as the offered therapy and treatment options appear diverse. The importance of a comprehensive care of obese people as well as the interdisciplinary cooperation of various professions will also require a participation of providers of different treatment options in the future. In order to document the Austria-wide care status in a representative manner, it is highly recommended to continuously monitor the further development of care facilities.

6 Anhang

6.1 Literaturverzeichnis

- 1) Ainsworth B. E., Haskell W. L., Whitt M. C., Irwin M. L., Swartz A. M., Strath S. J., O'Brien W. L., Bassett JR. D. R., Schmitz K. H., Emplainscourt P. O., Jacobs JR. D. R., Leon A.S. Compendium of Physical Activities: an update of activity codes and MET intensities. Official Journal of the American College of Sports Medicine, Medicine & Science in Sports & Exercise, 2000; 498-516
- 2) Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA). Informationen und Stellungnahme zu bariatrisch-chirurgischen Maßnahmen bei Jugendlichen mit extremer Adipositas, 2012
- 3) Archer E., Shook R. P., Thomas D. M., Church T. S., Katzmarzyk P. T., Hebert J. R., McIver K. L., Hand G. A., Lavie C. J., Blair S. N. 45 Year trends in women's use of time and household management energy expenditure. PLoS One, 2013; 8 (2), e56620
- 4) Biesalski H. K., Grimm P., Nowitzki-Grimm S. Taschenatlas Ernährung, 6. Auflage. Thieme, 2015
- 5) Cole T. J. Weight-stature indices to measure underweight, overweight, and obesity. Anthropometric assessment of nutritional status, 1991; 83-111
- 6) Dämon S. Betreuungsstrukturen für übergewichtige Kinder und Jugendliche in Österreich. Masterarbeit, 2005
- 7) Despres J. P., Lemieux I., Prud'homme D. Treatment of obesity: need to focus on high risk abdominally obese patients. BMJ, 2001; 322, 716-720
- 8) Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V., Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e.V., Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ Version 2.0/2. Auflage, 2014;
- 9) Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE). Ausgewählte Fragen und Antworten zur Energiezufuhr, Juni 2015
- 10) Ellrott T., Pudel V. Adipositas therapie - Aktuelle Perspektiven, Thieme-Verlag, 1998
- 11) Elmadfa I., Hasenegger V., Wagner K., Putz P., Weidl N.-M., Wottawa D., Kuen T., Seiringer G., Meyer A. L., Sturtzel B., Kiefer I., Zilberszac A., Sgarabottolo V., Meidlinger B., Rieder A. Österreichischer Ernährungsbericht 2012. 1. Auflage, Wien, 2012.
- 12) Faith M. S., Matz P. E., Allison D. B. (2003): Psychosocial Correlates and Consequences of Obesity. In: Andersen R. E. (editor) Obesity. Human Kinetics Publishers
- 13) Flegal K. M., Kit B. K., Orpana H., Graubard B. I. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. JAMA, 2013; 309, 71-82.
- 14) Fröschl B., Wirl C., Haas S. Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Verhalten- und Verhältnisprävention) - Overweight prevention in adolescents and children (behavioural and environmental prevention). GMS Health Technology Assessment, 2009; Vol. 5, ISSN 1861-8863
- 15) Frühbeck G., Toplak H., Woodward E., Yumuk V., Maislos M., Oppert J.-M. Obesity: The Gateway to Ill Health - an EASO Position Statement on a Rising Public Health, Clinical and Scientific Challenge in Europe. Obesity Facts, 2013; 6, 117-120
- 16) Fulkerson J. A., Sherwood N. E., Perry C. L., Neumark-Sztainer D., Story M. Depressive symptoms and adolescent eating and health behaviors: a multifaceted view in a population-based sample. Preventive Medicine, 2004; 38, 865-75
- 17) Gallagher D., Heymsfield S. B., Heo M., Jebb S.A., Murgatroyd P. R., Sakamoto Y. Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index. Am J Clin Nutr, 2000; 72 (3), 694-701

- 18) Großschädl F., Stronegger W. Die Entwicklung der Adipositas in Österreich zwischen 1973 und 2007: Langzeittrend in der Prävalenz und soziodemografische Determinanten. Das Gesundheitswesen, 2011
- 19) Haber P. Bewegungstherapie bei Adipositas und Fettstoffwechselstörungen. Journal für Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel - Austrian Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 2014; 7 (2), 50-54
- 20) Hebebrand J. Ist Dicksein erblich? Zusammenhang von Genetik und Übergewicht. Ernährungs-Umschau 52, 2005; Heft 3, 90-92
- 21) Holzapfel C., Landsberg B., Ried J., Hebebrand J., Müller M. J., Hauner H. Prävention von Adipositas - Perspektiven, Chancen und Grenzen in Deutschland und Europa. Adipositas, 2013; 7: 97-103
- 22) Kelley G. A., Kelley K. S. Impact of progressive resistance training on lipids and lipoproteins in adults: a meta-analysis of randomized controlled trials. Prev Med, 2009; 48, 9-19
- 23) Kelly T., Yang W., Chen C. S., Reynolds K., He J. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. Int J Obes (Lond), 2008; 32, 1431-1437
- 24) Klotter C. Einführung Ernährungspsychologie. PsychoMed compact, Ernst Reinhardt Verlag, München, 2007
- 25) Kromeyer-Hauschild K., Moss A., Wabitsch M. Referenzwerte für den Body-Mass-Index für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland. Anpassung der AGA-BMI-Referenz im Altersbereich von 15 bis 18 Jahren. Adipositas 2015; 9(3), 123-127
- 26) Kromeyer-Hauschild K., Wabitsch M., Kunze D., Geller F., Geiß H. C., Hesse V., von Hippel A., Jaeger U. Johnsen D., Korte W., Menner K., Müller G., Müller J. M., Niemann-Pilatus A., Remer T., Schaefer F., Wittchen H.-U., Zabransky S., Zellner K., Ziegler A., Hebebrand J. Perzentile für den Body Mass Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde, 2001; 149 (8), 807-818
- 27) Kyle U. G., Bosaeus I., De Lorenzo A. D., Deurenberg P., Elia M., Gomez J. M., Lilienthal Heitmann B., Kent-Smith L., Melchior J.-C., Pirlich M., Scharfetter H., Schols A. M. W. J., Pichard C. Bioelectrical impedance analysis - part I: review of principles and methods. Elsevier, Clinical Nutrition, 2004; 23, 1226-1243
- 28) Kyle U., Genton L., Slosman D. O., Pichard C. Fat-free and fat mass percentiles in 5225 healthy subjects aged 15 to 98 years. Nutrition, 2001; 17 (7-8), 534-541
- 29) Lean M. E., Han T. S., Morrison C. E. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. BMJ, 1995; 311, 158-161
- 30) Lechleitner M. Pharmakologische Ansätze in der Adipositas therapie. Journal für Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel - Austrian Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 2014; 7 (2), 55-57
- 31) Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, 2006
- 32) Lennerz B. S., Wabitsch M., Geisler A., Hebebrand J., Kiess W., Moss A., Mühlig Y., Singer V., Uysal Y., Wiegand S., Reinehr Th. Manual-basiertes Vorgehen zur Vorbereitung und Nachsorge von bariatrisch-chirurgischen Eingriffen bei Jugendlichen. Adipositas, 2014; 8, 5-11
- 33) Livingstone MBE. Childhood obesity in Europe: a growing concern. Public Health Nutrition, 2001; 4 (1A), 109-116
- 34) Luppino F. S., de Wit L. M., Bouvy P. F., Stijnen T., Cuijpers P., Penninx B. W., Zitman F. G. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. ArchGen Psychiatry, 2010; 67 (3), 220-229

- 35) Maringgele M. Therapieprogramme für übergewichtige/adipöse Erwachsene in Österreich mit besonderer Berücksichtigung der Bewegungstherapie. Masterarbeit, 2008
- 36) Menigoz K., Nathan A., Turrell G. Ethnic differences in overweight and obesity and the influence of acculturation on immigrant bodyweight: evidence from a national sample of Australian adults. *Bio Med Central Public Health*, 2016; 16:932
- 37) Moosbrugger H., Kelava A. Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2012
- 38) Munsch S., Margraf J. (2003): Prinzipien der Verhaltenstherapie der Adipositas. In: Petermann/Pudel (2003), 223-235
- 39) Murguía-Romero M., Jiménez-Flores R., Villalobos-Molina R., Mendoza-Ramos M. I., Reyes-Realí J., Santiago C., Sigrist-Flores S. C., Méndez-Cruz A. R. The body mass index (BMI) as a public health tool to predict metabolic syndrome. *Open J Prev Med*, 2012; 2(1), 59-66
- 40) Ng M. et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 2014;384n(9945), 766-781
- 41) Pachinger O. Gesundheitliche Folgen von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. *Bewegung und Sport*, 2015; 5-7
- 42) Petermann F., Macha T. (2005b). Psychologische Tests für Kinderärzte. Göttingen: Hogrefe.
- 43) Pichard C., Kyle U., Bracco D., Slosman D. O., Morabia A., Schutz Y. Reference values of fat- free and fat masses by bioelectrical impedance analysis in 3393 healthy subjects. *Nutrition*, 2000; 16(4), 245-254
- 44) Poligny J., Herman C.B. Distress and Eating: Why Do Dieters Overeat? *Int J Eat Disord*, 1999; 26 (2), 153-164
- 45) Prager G., Langer S., Shakeri-Leidenmühler S., Kefurt R., Poglitsch M. Methoden der bariatrischen Chirurgie: Prinzip, Vor- und Nachteile, Indikation. *Diabetes Forum/MedMedia*, 2013; 1-10.
- 46) Pudel V. Multimodale Therapie. In: Petermann/Pudel, 2003; 207-218
- 47) Rubino F., Gagner M. Potential of surgery for curing type 2 diabetes mellitus. *Annals Of Surgery*, 2002; 236 (5), 554-559
- 48) Rust P., Hasenegger V., König J. Österreichischer Ernährungsbericht 2017
- 49) Sabbioni M. E. E. Adipositas. In: Adler/Herrmann/Köhle/Schonecke/v. Uexküll/Wesiack, 2003; 671-687
- 50) Smith K. B., Smith M. S. Obesity Statistics. *Prim Care*, 2016; 43 (1), 121-35
- 51) Staudinger S. Therapieangebote für übergewichtige bzw. adipöse Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Österreich Eine Bestandsaufnahme der Betreuungsstrukturen. Masterarbeit, 2015
- 52) Strasser B., Spreitzer A., Haber P. Fat loss depends on energy deficit only, independently of the method for weight loss. *Ann Nutr Metab*, 2007; 51, 428-432
- 53) Stroh C., Benedix F., Meyer F., Manger T. (2013). Nutritive Defizite nach bariatrischer Chirurgie - systematische Literaturanalyse und Empfehlungen für Diagnostik und Substitution. *DOI Zentralbl Chir*.
- 54) Swinburn B. A., Caterson I., Seidell J. C., James W. P. Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. *Public Health Nutr*, 2004; 7 (1A), 123-46
- 55) Titze S., Ring-Dimitriou S., Schober P.H., Halbwachs C., Samitz G., Miko H.C., Lercher P., Stein K.V., Gäbler C., Bauer R., Gollner E., Windhaber J., Bachl N., Dorner T.E. & Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health (2010). Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.).

Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Wien: Eigenverlag.

- 56) Treadwell J. R., Sun F., Schoelles K. Systematic review and meta-analysis of bariatric surgery for pediatric obesity. *Annals of Surgery*, 2008; 248, 763-776
- 57) Tsigos C., Hainer V., Basdevant A., Finer N., Mathus-Vliegen E., Micic D., Maislos M., Roman G., Schutz Y., Toplak H., Yumuk V., Zahorska-Markiewicz B. Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity: Criteria for EASO-collaborating centres for obesity management. *Obes Facts*, 2011; 4, 329-333
- 58) Wang J., Thornton J. C., Kolesnik S., Pierson JR. R. N. Anthropometry in body composition. An overview. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2000; 904, 317-326
- 59) Weiß C., Basiswissen Medizinische Statistik, 6. Auflage. 2013 Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2013
- 60) Wright J. D., Kennedy-Stephenson J., Wang C. Y., McDowell M. A., Johnson C. L. Trends in intake of energy and macronutrients - United States, 1971-2000. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2004; 53 (4), 80-82
- 61) Yumuk V., Tsigos C., Fried M., Schindler K., Busetto L., Micic D., Toplak H. European Guidelines for Obesity Management in Adults, *Obesity Facts*, 2015; 8, 402-424

Internetquellen:

- BMGF, 2017:
Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF)
https://www.bmgf.gv.at/home/Startseite/aktuelle_Meldungen/Daten_zu_Uebergewicht_und_Adipositas_in_Oesterreich (Abruf am 16.05.2018)
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMFG):
Die österreichische Lebensmittelpyramide
<https://www.bmgf.gv.at/home/Ernaehrungspyramide> (Abruf am 16.05.2018)
- DER STANDARD, 2016:
<https://derstandard.at/2000046208893/Tirol-Jeder-dritte-14-oder-15-Jaehrige-uebergewichtig> (Abruf am 19.06.2018)
- DER STANDARD, 2018:
<https://derstandard.at/2000079914841/Adipositas-Das-Zeitalter-des-massiven-Uebergewichts-ist-angebrochen> (Abruf am 19.06.2018)
- ICD Code, 2018:
<http://www.icd-code.de/icd/code/E66.-.html> (Abruf am 20.01.2018)
- ICD.Codes, 2018:
<https://icd.codes/icd10cm/E66> (Abruf am 20.01.2018)
- ICD10 data, 2018:
<https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/E00-E89/E65-E68/E66-> (Abruf am 20.01.2018)
- MedUni Wien, 2018:
<https://www.meduniwien.ac.at/hp/chirurgie/abteilungen/allgemeinchirurgie/adipositaschirurgie/> (Abruf am 25.06.2018)
- ÖAG, 2018:
Österreichische Adipositas Gesellschaft:
<https://www.adipositas-austria.org/adipositas.html> (Abruf am 16.05.2018)
- ÖGAMC, 2018:
Österreichische Gesellschaft für Adipositas- und Metabolische Chirurgie
<https://www.adipositaschirurgie-ges.at/register/> (Abruf am 25.06.2018)

- ÖGE, 2014:
Österreichische Gesellschaft für Ernährung
<https://www.oege.at/index.php/bildung-information/diaetetik/erkrankungen/56-bildung-information/diaetetik/erkrankungen/1813-uebergewicht-adipositas> (Abruf am 16.05.2018)
- SIPCAN, 2016:
<https://www.sipcan.at/neue-studie-jeder-dritte-jugendliche-in-tirol-uumlbergewichtig.html> (Abruf am 25.06.2018)
- SIPCAN, 2017:
<https://www.sipcan.at/studie-uumlbergewichtsproblematik.html> (Abruf am 25.06.2018)
- Teutsch et al., 2017:
Teutsch F., Maier G., Felder-Puig R. (2017). Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. HBSC Factsheet 02 - Das Ernährungsverhalten österreichischer Schülerinnen und Schüler: HBSC Ergebnisse 2014.
https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/9/7/0/CH1444/CMS1427118828092/hbsc_2014_-_factsheet_ernaehrung.pdf (Abruf am 24.06.2018)
- Universitätsklinikum Freiburg - Zentrum für Adipositas & Metabolische Chirurgie, 2018:
<http://www.adipositas-behandlung.de/de/adipositas-chirurgie/methoden-der-adipositas-chirurgie> (Abruf am 25.06.2018)
- WHO, 2011:
World Health Organization (WHO). Waist Circumference and Waist-Hip Ratio. Report of a WHO Expert Consultation. World Health Organization, Geneva, 2011.
http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_report_waistcircumference_and_waisthip_ratio/en/ (Abruf am 12.04.2018)
- WHO, 2012:
World Health Organization: Fact Sheet No.311 (May 2012).
www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/ (Abruf am 12.04.2018)
- WHO, 2018:
World Health Organization (WHO). Obesity and overweight.
<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Abruf am 12.04.2018)

6.2 Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1.</i> Perzentile für den BMI für Jungen im Alter von 0 - 18 Jahren nach Kromeyer-Hauschild et al., 2001	5
<i>Abbildung 2.</i> Perzentile für den BMI für Mädchen im Alter von 0-18 Jahren nach Kromeyer-Hauschild et al., 2001	5
<i>Abbildung 3.</i> Vergleich der Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas bei österreichischen Erwachsenen in den Jahren 2008, 2012 und 2017 (Rust et al. Österreichischer Ernährungsbericht, 2017)	16
<i>Abbildung 4.</i> Die österreichische Lebensmittelpyramide (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen - https://www.bmgf.gv.at/home/Ernaehrungspyramide)	20
<i>Abbildung 5.</i> Anteilswerte der angeführten Settings (Mehrfachnennungen möglich, n = 205)	43
<i>Abbildung 6.</i> Anteilswerte der angeführten Professionen (Mehrfachnennungen möglich, n = 205)	45
<i>Abbildung 7.</i> Häufigkeiten und Anteilswerte der Professionsnennungen im zusammengefassten Setting „Klinik“ (= „Stationär im klinischen Bereich“, „Ambulant im klinischen Bereich“ und „Tagesklinik“); (n = 70)	48
<i>Abbildung 8.</i> Häufigkeiten und Anteilswerte der Professionsnennungen im zusammengefassten Setting Setting „Reha und Kur“ (= „Rehabilitationszentrum“ und „Kuranstalt“); (n = 15)	48
<i>Abbildung 9.</i> Häufigkeiten und Anteilswerte der Professionsnennungen im zusammengefassten Setting „Öffentliche Einrichtungen“ (= „Beratungseinrichtung“, „Gesundheitsförderung“, „Verein“ und „Gemeinde“); (n = 58)	49
<i>Abbildung 10.</i> Häufigkeiten und Anteilswerte der Professionsnennungen im zusammengefassten Setting „Private Einrichtungen“ (= „private Praxis“, „Diätologe im niedergelassenen Bereich“ und „Ernährungswissenschaftler im niedergelassenen Bereich“); (n = 116)	49
<i>Abbildung 11.</i> Häufigkeiten und Anteilswerte der Professionsnennungen im zusammengefassten Setting „Fitnessstudio und Sonstige“ (= „Fitnessstudio“ und „Sonstige“); (n = 21)	50
<i>Abbildung 12.</i> Verteilung der Programmerfahrung in Jahren mit Median (n = 186)	51
<i>Abbildung 13.</i> Anteilswerte der zusammengefassten Nennungen bezüglich der Programmerfahrung der Einrichtungen (n = 186)	52
<i>Abbildung 14.</i> Anteilswerte in Bezug auf mögliche Zeitpunkte für einen Einstieg in die gebotene Leistung (n = 198)	53
<i>Abbildung 15.</i> Anteilswerte der Nennungen bezüglich der Therapiezuweisung (Mehrfachnennungen möglich, n = 203)	54
<i>Abbildung 16.</i> Anteilswerte der Nennungen von „Selbstinitiative“ und „ärztliche Überweisung“ in den verschiedenen Settings (Mehrfachnennungen möglich, n = 203)	55
<i>Abbildung 17.</i> Anteilswerte der Nennungen bezüglich der Art der Finanzierung in den verschiedenen Settings (Mehrfachnennungen möglich, n = 203)	58
<i>Abbildung 18.</i> Anteilswerte der Nennungen von Gruppen- bzw. Einzeltherapie in den verschiedenen Settings (Mehrfachnennungen möglich)	60
<i>Abbildung 19.</i> Anteilswerte bezüglich der Therapiedauer (n = 200)	61
<i>Abbildung 20.</i> Anteilswerte der Nennungen hinsichtlich der Arbeit nach evidenzbasierten Leitlinien (n = 161)	62
<i>Abbildung 21.</i> Anteilswerte der Nennungen hinsichtlich der Arbeit nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung fehlender Antworten (n = 205)	62

<i>Abbildung 22.</i> Anteilswerte in Bezug auf die Anwendung evidenzbasierter Leitlinien in den unterschiedlichen Settings (n = 161)	64
<i>Abbildung 23.</i> Anteilswerte in Bezug auf die Anwendung evidenzbasierter Leitlinien in den unterschiedlichen Settings unter Berücksichtigung fehlender Antworten (n = 205)	64
<i>Abbildung 24.</i> Anteilswerte der Nennungen hinsichtlich der Durchführung einer Programmevaluierung (n = 144)	65
<i>Abbildung 25.</i> Anteilswerte der Nennungen hinsichtlich der Durchführung einer Programmevaluierung unter Berücksichtigung fehlender Antworten (n = 205)	65
<i>Abbildung 26.</i> Anteilswerte in Bezug auf die Durchführung einer Programmevaluierung in den unterschiedlichen Settings (n = 144)	66
<i>Abbildung 27.</i> Anteilswerte in Bezug auf die Durchführung einer Programmevaluierung in den unterschiedlichen Settings unter Berücksichtigung fehlender Antworten (n = 205)	66
<i>Abbildung 28.</i> Anteilswerte der in den Einrichtungen betreuten Altersgruppen (Mehrfachnennungen möglich, n = 204)	67
<i>Abbildung 29.</i> Anteil weiblicher Teilnehmer an der Gesamtteilnehmerzahl (n = 171)	68
<i>Abbildung 30.</i> Anteilswerte bezüglich der Betreuung von Teilnehmern mit Migrationshintergrund (n = 205)	69
<i>Abbildung 31.</i> Anteil der in den Einrichtungen betreuten Personen mit Migrationshintergrund bezogen auf die Gesamtteilnehmerzahl mit Median (n = 126)	70
<i>Abbildung 32.</i> Anteilswerte bezüglich der Berücksichtigung kultureller Unterschiede der Patienten (n = 205)	70
<i>Abbildung 33.</i> Anteilswerte hinsichtlich zu erfüllender Einschlusskriterien (n = 155)	71
<i>Abbildung 34.</i> Anteilswerte hinsichtlich zu erfüllender Einschlusskriterien in den verschiedenen Settings (n = 85)	72
<i>Abbildung 35.</i> Anteilswerte hinsichtlich dem Einbezug des sozialen Umfelds der Patienten in die angebotenen Leistungen (n = 187)	73
<i>Abbildung 36.</i> Anteilswerte der im Rahmen der Angebote durchgeführten Untersuchungen (Mehrfachnennungen möglich, n = 204)	74
<i>Abbildung 37.</i> Anteilswerte hinsichtlich dem Zeitpunkt der Durchführung der vorgesehenen Untersuchungen (Mehrfachnennungen möglich, n = 198)	76
<i>Abbildung 38.</i> Anteilswerte hinsichtlich der Dokumentation gewonnener Untersuchungsdaten (n = 189)	77
<i>Abbildung 39.</i> Nennungshäufigkeiten bezüglich der angebotenen Therapieformen bzw. Kombinationen (ET = Ernährungstherapie, BT = Bewegungstherapie, VT = Verhaltenstherapie); (n = 169)	78
<i>Abbildung 40.</i> Anteilswerte bezüglich den angebotenen Therapien in den verschiedenen Settings (Mehrfachnennungen möglich, n = 205)	79
<i>Abbildung 41.</i> Anteilswerte angewandter Ernährungsformen bezüglich Energiedichte in den Ernährungstherapie anbietenden Institutionen (Mehrfachnennungen möglich, n = 151)	80
<i>Abbildung 42.</i> Anteilswerte angewandter Ernährungsformen bezüglich Makronährstoffen in den Ernährungstherapie anbietenden Institutionen (Mehrfachnennungen möglich, n = 151)	81
<i>Abbildung 43.</i> Anteilswerte hinsichtlich dem Angebot spezifischer Ernährungsprogramme in den Ernährungstherapie anbietenden Institutionen (n = 144)	82
<i>Abbildung 44.</i> Anteilswerte bezüglich dem Angebot von Formuladiäten (n = 142)	84
<i>Abbildung 45.</i> Anteilswerte hinsichtlich dem Ersatz von Hauptmahlzeiten durch Formuladiäten (Mehrfachnennungen möglich, n = 40)	84
<i>Abbildung 46.</i> Anteilswerte bezüglich der Empfehlung von Nahrungsergänzungsmitteln (n = 126)	85

<i>Abbildung 47.</i> Nennungshäufigkeiten und Anteilswerte hinsichtlich der Art des Inputs in den verschiedenen Settings (Mehrfachnennungen möglich, n = 148).....	87
<i>Abbildung 48.</i> Anteilswerte hinsichtlich der Häufigkeit der Ernährungstherapie (n = 122)	88
<i>Abbildung 49.</i> Nennungshäufigkeiten und Anteilswerte hinsichtlich der durchschnittlichen Dauer einer Ernährungstherapieeinheit (n = 121)	89
<i>Abbildung 50.</i> Anteilswerte der Nennungen hinsichtlich der Inhalte angebotener Bewegungsprogramme (Mehrfachnennungen möglich, n = 62)	90
<i>Abbildung 51.</i> Anteilswerte der die Bewegungstherapie durchführenden Professionen (Mehrfachnennungen möglich, n = 60)	91
<i>Abbildung 52.</i> Anteilswerte hinsichtlich der Häufigkeit der Bewegungstherapie (n = 46)	92
<i>Abbildung 53.</i> Nennungshäufigkeiten hinsichtlich der durchschnittlichen Dauer einer Bewegungstherapieeinheit (n = 44)	93
<i>Abbildung 54.</i> Anteilswerte der Nennungen in Bezug auf den Zeitraum über den eine Bewegungstherapie erfolgt (n = 42)	93
<i>Abbildung 55.</i> Anteilswerte bezüglich angewandter psychologischer und psychotherapeutischer Verfahren (Mehrfachnennungen möglich, n = 59)	94
<i>Abbildung 56.</i> Anteilswerte hinsichtlich der Häufigkeit der Verhaltenstherapie (n = 48)	95
<i>Abbildung 57.</i> Nennungshäufigkeiten hinsichtlich der durchschnittlichen Dauer einer Verhaltenstherapieeinheit (n = 47)	96
<i>Abbildung 58.</i> Anteilswerte bezüglich dem Angebot chirurgischer Methoden (n = 205)	96
<i>Abbildung 59.</i> Anteilswerte bezüglich dem Angebot chirurgischer Methoden in den verschiedenen Settings (n = 205)	98
<i>Abbildung 60.</i> Anteilswerte hinsichtlich der Struktur der angebotenen Nachbetreuung in absteigender Reihenfolge (Mehrfachnennungen möglich, n = 148)	101
<i>Abbildung 61.</i> Anteilswerte hinsichtlich dem Angebot einer Nachbetreuung in den verschiedenen Settings (n = 205)	102
<i>Abbildung 62.</i> Zusammenfassung der Nennungshäufigkeiten hinsichtlich der angegebenen Abbrecherquote der Patienten (n = 145)	103
<i>Abbildung 63.</i> Anteilswerte hinsichtlich dem Angebot eines Adipositas-Präventionsprogramms unter Berücksichtigung fehlender Antworten (n = 205)	104
<i>Abbildung 64.</i> Anteilswerte hinsichtlich dem Angebot eines Adipositas-Präventionsprogramms ohne Berücksichtigung fehlender Antworten (n = 173)	105
<i>Abbildung 65.</i> Anteilswerte der angeführten Settings (Mehrfachnennungen möglich)	107
<i>Abbildung 66.</i> Anteilswerte der beteiligten Professionen (EW=Ernährungswissenschaftler, EB=Ernährungsberater, Sportw.=Sportwissenschaftler); (Mehrfachnennungen möglich)	108
<i>Abbildung 67.</i> Anteilswerte bezüglich dem Angebot von Ernährungstherapie (ET), Bewegungstherapie (BT) und Verhaltenstherapie (VT); (Mehrfachnennungen möglich)	109
<i>Abbildung 68.</i> Anteilswerte der Nennungen hinsichtlich der Arbeit nach evidenzbasierten Leitlinien im Vergleich zwischen den Erhebungen 2015 und 2018	113
<i>Abbildung 69.</i> Anteilswerte der Nennungen hinsichtlich einer Evaluierung der Angebote im Vergleich zwischen den Erhebungen 2015 und 2018	114
<i>Abbildung 70.</i> Anteilswerte betreuter Altersgruppen (Mehrfachnennungen möglich)	114
<i>Abbildung 71.</i> Anteil weiblicher Teilnehmer an der Gesamtteilnehmerzahl	115
<i>Abbildung 72.</i> Anteilswerte bezüglich der Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund	115
<i>Abbildung 73.</i> Anteilswerte der Nennungen von „Selbstinitiative“ und „ärztliche Überweisung“ als Art der Therapiezuweisung (Mehrfachnennungen möglich)	116

Abbildung 74. Anteilswerte der Nennungen bezüglich durchgeführter Untersuchungen (Mehrfachnennungen möglich)	118
Abbildung 75. Anteilswerte der Nennungen bezüglich der Finanzierung der Leistung (Mehrfachnennungen möglich)	118

6.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Gewichtsklassifikation und Risikobewertung für Begleiterkrankungen bei Erwachsenen anhand des BMI nach WHO, 2000.....	4
Tabelle 2 Beurteilung des Körpergewichts bei Kindern und Jugendlichen anhand von BMI-Perzentilen laut AGA	4
Tabelle 3 Klassifikation des Körperfettanteils nach Gallagher et al., 2000	7
Tabelle 4 PAL-Werte entsprechend verschiedener Aktivitätslevel in Beruf und Freizeit (nach DGE, 2015)	8
Tabelle 5 Adipositas-Klassifikation nach ICD-10	11
Tabelle 6 Häufigkeiten und Anteilswerte bezüglich der Kontaktadressen (n = 1780)	34
Tabelle 7 Häufigkeiten und Anteilswerte (Zeilenprozente) der berücksichtigten Therapieangebote in den österreichischen Bundesländern im Vergleich zur Bevölkerungsverteilung (n = 202)	41
Tabelle 8 Häufigkeiten und Anteilswerte der Settingnennungen in absteigender Reihenfolge (Mehrfachnennungen möglich)	43
Tabelle 9 Häufigkeiten und Anteilswerte der Professionsnennungen in absteigender Reihenfolge (Mehrfachnennungen möglich)	44
Tabelle 10 Häufigkeiten und Anteilswerte der Professionsnennungen innerhalb der verschiedenen Settings (Mehrfachnennungen möglich).....	46
Tabelle 11 Häufigkeiten und Anteilswerte der Nennungen bezüglich der Programmerkennung der Einrichtungen (n = 186).....	51
Tabelle 12 Häufigkeiten und Anteilswerte der Nennungen bezüglich der Therapiezuweisung in absteigender Reihenfolge (Mehrfachnennungen möglich)	54
Tabelle 13 Häufigkeiten und Anteilswerte der Nennungen bezüglich Kooperationen in absteigender Reihenfolge (Mehrfachnennungen möglich)	56
Tabelle 14 Häufigkeiten und Anteilswerte der Nennungen bezüglich der Finanzierung der Leistung in absteigender Reihenfolge (Mehrfachnennungen möglich)	57
Tabelle 15 Nennungshäufigkeiten und Anteilswerte bezüglich der Therapiestruktur (Mehrfachnennungen möglich)	59
Tabelle 16 Nennungshäufigkeiten und Anteilswerte bezüglich der Therapiestruktur (n = 200). ..	59
Tabelle 17 Häufigkeiten und Anteilswerte der Nennungen bezüglich angewandter Leitlinien in absteigender Reihenfolge (Mehrfachnennungen möglich)	63
Tabelle 18 Häufigkeiten und Anteilswerte der Nennungen hinsichtlich betreuter Altersgruppen (Mehrfachnennungen möglich, n = 204).....	68
Tabelle 19 Häufigkeiten und Anteilswerte bezüglich der verschiedenen Einschusskriterien (Mehrfachnennungen möglich)	71
Tabelle 20 Häufigkeiten und Anteilswerte der Nennungen bezüglich durchgeführter Untersuchungen in absteigender Reihenfolge (Mehrfachnennungen möglich)	74
Tabelle 21 Sonstige im Rahmen der Programme durchgeführte Untersuchungen und ihre jeweiligen Nennungshäufigkeiten in absteigender Reihenfolge	75

Tabelle 22 Sonstige genannte Ernährungsformen bezüglich Energiedichte und ihre jeweiligen Nennungshäufigkeiten in absteigender Reihenfolge.....	80
Tabelle 23 Genannte spezifische Ernährungsprogramme und ihre jeweiligen Nennungshäufigkeiten in absteigender Reihenfolge.....	83
Tabelle 24 In den Einrichtungen empfohlene Nahrungsergänzungsmittel und ihre jeweiligen Nennungshäufigkeiten	86
Tabelle 25 Häufigkeiten und Anteilswerte der Nennungen hinsichtlich der die Bewegungstherapie durchführenden Professionen in absteigender Reihenfolge (Mehrfachnennungen möglich)	91
Tabelle 26 Häufigkeiten und Anteilswerte hinsichtlich angebotener chirurgischer Behandlungsmethoden in absteigender Reihenfolge (Mehrfachnennungen möglich)	97
Tabelle 27 Häufigkeiten der von den Institutionen eingesetzten Medikamente zur Übergewichtsbehandlung (Mehrfachnennungen möglich, n = 10)	99
Tabelle 28 Häufigkeiten und Anteilswerte hinsichtlich das Körpergewicht betreffender Therapieziele (Mehrfachnennungen möglich).....	100
Tabelle 29 Häufigkeiten und Anteilswerte hinsichtlich der Struktur der angebotenen Nachbetreuung in absteigender Reihenfolge (Mehrfachnennungen möglich)	101
Tabelle 30 Abbrecherquote in den verschiedenen Settings (Mehrfachnennungen möglich)	103
Tabelle 31 Abbrecherquote verschiedener Altersgruppen (n = 144)	104
Tabelle 32 Anteilswerte häufigstgewählter Schulungsinhalte je Therapieform (Mehrfachnennungen möglich)	110
Tabelle 33 Anteilswerte hinsichtlich angebotener chirurgischer Behandlungsmethoden (Mehrfachnennungen möglich)	111

6.4 Abkürzungsverzeichnis

%	Prozent
AGA	Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter
BCM	Body Cell Mass
BD	Blutdruck
BIA	Bioelektrische Impedanzanalyse
BMI	Body Mass Index
BPD	Biliopankreatische Diversion
BPD-DS	Biliopankreatische Diversion mit Duodenal switch
BT	Bewegungstrainer
BT	Bewegungstherapie
bzw.	beziehungsweise
COSI	Childhood Obesity Surveillance Initiative
CT	Computertomographie
DAG	Deutsche Adipositas Gesellschaft
DEXA	Dual Energy X-ray Absorptiometry
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
d.h.	das heißt
DPP-4-Inhibitor	Dipeptidylpeptidase-4 inhibitors
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EB	Erährungsberater
EKG	Elektrokardiogramm
ET	Ernährungstherapie
etc.	et cetera
EW	Ernährungswissenschaftler
FB	Fragebogen
FFQ	Food Frequency Questionnaire
FODMAP	Fermentable Oligo-Di-Monosaccharides and Polyols = Gruppe von Kohlenhydraten (vergärbare Mehrfach-, Zweifach- und Einfachzucker) und mehrwertigen Alkoholen, die in vielen Nahrungsmitteln vorkommen und vom Dünndarm nur schlecht resorbiert werden
GLP-1-RA	Glucagon-like Peptide-1 Receptor Agonists
HbA1c	ein Glykohämoglobin (Hämoglobin, an das sich Glukose angelagert hat)
HBD	hypocaloric balanced diet
HBSC	Health Behaviour of Schoolaged Children
hCG	Humanes Choriongonadotropin
HDL	High-density Lipoprotein (Lipoprotein hoher Dichte)
ICD	International Classification of Diseases
kcal	Kilokalorie
KFA	Körperfettanteil
KG	Körpergewicht
kg	Kilogramm
KHK	Koronare Herzkrankheit
kJ	Kilojoule

LCD	low calorie diet
LDL	Low-density Lipoprotein (Lipoprotein niedriger Dichte)
M	Mittelwert
m	Meter
m ²	Meter zum Quadrat
Md	Median
MRT	Magnetresonanztomographie
n	Stichprobenumfang
N	hier: eine Anzahl an Nennungen
NCDs	Noncommunicable diseases (nichtübertragbare Krankheiten)
niedergel.	niedergelassen
ÖAG	Österreichische Adipositas Gesellschaft
ÖGAMC	Österreichische Gesellschaft für Adipositas- und Metabolische Chirurgie
ÖGE	Österreichische Gesellschaft für Ernährung
p	Signifikanzwert/Signifikanzniveau (statistische Irrtumswahrscheinlichkeit)
PAL	Physical Activity Level
Reha	Rehabilitation/Rehabilitationszentrum
SD	Standardabweichung
SGLT-2-Inhibitoren	Sodium-glucose linked transporter-2 inhibitors
SIPCAN	Special Institute of Preventive Cardiology And Nutrition
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin
TSH	Thyreoidea-stimulierendes Hormon
usw.	und so weiter
VEÖ	Verband der Ernährungswissenschaftler Österreich
VLCD	very low calorie diet
vs.	versus
VT	Verhaltenstherapie
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WHR	Waist-to-Hip Ratio (Taille-Hüft-Verhältnis)
z.B.	zum Beispiel
χ ²	Chi-Quadrat-Wert (Prüfgröße)

6.5 Fragebogen

Therapieangebot für übergewichtige bzw. adipöse Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Österreich

Eine Erhebung in Zusammenarbeit von SIPCAN, der Universität Wien, der MedUni Wien und der Österreichischen Adipositas Gesellschaft

Kontaktdaten

Bitte geben Sie zur Identifizierung des Fragebogens und zur gleichzeitigen Aktualisierung Ihrer Adresse folgende Daten ein:

- 1** Institution:
- 2** Adresse:
- 3** Homepage:
- 4** Telefonnummer der Institution:
- 5** E-mail der Institution:
- 6** Kontaktperson:
- 7** Profession der Kontaktperson:
- 8** Telefonnummer der Kontaktperson:
- 9** E-mail der Kontaktperson:

Allgemeine Fragen zu Ihrer Einrichtung/Ihrem Angebot

10 Wo wird das Angebot/die Leistung durchgeführt (Setting)?

(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Stationär im klinischen Bereich
- ☐ Ambulant im klinischen Bereich
- ☐ Tagesklinik
- ☐ Rehabilitationszentrum
- ☐ Kuranstalt
- ☐ Beratungseinrichtung
- ☐ Gesundheitsförderung
- ☐ Verein
- ☐ Gemeinde
- ☐ private Praxis
- ☐ Diätologe/Diätologin im niedergelassenen Bereich
- ☐ Ernährungswissenschaftler/-in im niedergelassenen Bereich
- ☐ Fitnessstudio
- ☐ Sonstige

11 Sonstige:

12 Welche Professionen sind an Ihrem Angebot/Ihrer Leistung aktiv beteiligt?

(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Arzt/Ärztin
- ☐ Psychologe/-in
- ☐ Psychotherapeut /-in
- ☐ Diätologe/Diätologin
- ☐ Ernährungswissenschaftler /-in
- ☐ Ernährungsberater/-in
- ☐ Physiotherapeut /-in
- ☐ Sportwissenschaftler/-in
- ☐ Bewegungstrainer/-in
- ☐ Sonstige

13 Sonstige:

14 Sofern verschiedene Professionen an Ihrem Angebot/Ihrer Leistung beteiligt sind, gibt es dann eine interdisziplinäre Zusammenarbeit?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ keine Antwort

15 Seit wann werden mit diesem Angebot/dieser Leistung übergewichtige/adipöse Kinder/Jugendliche/Erwachsene begleitet?

Angebot besteht seit: (Angabe des Jahres)

16 Bei diesem Angebot/dieser Leistung handelt es sich um

(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ eine laufende Einrichtung (Bitte schreiben Sie einen Kommentar zu Ihrer Auswahl)
- ☐ ein einmaliges Projekt (bitte Zeitraum eingeben: von - bis) (Bitte schreiben Sie einen Kommentar zu Ihrer Auswahl)
- ☐ Sonstiges: (Bitte schreiben Sie einen Kommentar zu Ihrer Auswahl)

17 Wann ist der Einstieg in das Angebot/diese Leistung möglich?

- ☐ Jederzeit (Bitte geben Sie hier Ihren Kommentar ein)
- ☐ Unregelmäßig, je nach Erreichen einer bestimmten Gruppengröße (Bitte geben Sie hier Ihren Kommentar ein)
- ☐ 1x pro Jahr (Bitte ungefähren Zeitpunkt angeben) (Bitte geben Sie hier Ihren Kommentar ein)
- ☐ keine Antwort

18 Wie werden Ihre Teilnehmer/-innen auf Ihre Einrichtung und Ihr Leistungsangebot aufmerksam?

(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ ärztliche Überweisung
- ☐ Selbstinitiative der Teilnehmer/-innen
- ☐ Presseberichte
- ☐ Werbung in Medien
- ☐ Informationsfolder
- ☐ Internet
- ☐ Sonstige

19 Sonstige:

20 Welche weiteren Kooperationen gibt es im Rahmen der Durchführung des Angebots/der Leistung?

(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Gemeinde
- ☐ Sportverein
- ☐ Fitnessstudio
- ☐ Keine
- ☐ Sonstige

21 Sonstige:

22 Wie wird Ihr Angebot/Ihre Leistung finanziert?

(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Krankenkasse
- ☐ Fördergeber/öffentliche Mittel
- ☐ Sponsoren
- ☐ Private Zahlung der Teilnehmer
- ☐ Sonstige

23 Sonstige:

24 Wie ist Ihr Angebot/Ihre Leistung strukturiert?

(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Einzeltherapie
- ☐ Gruppentherapie

25 In welchem Zeitrahmen erfolgt Ihr gesamtes Angebot/Ihre Leistung?

- ☐ individuell verschieden
- ☐ fixe Zeitdauer (bitte Angabe in Monate - im Kommentarfenster angeben)
- ☐ Sonstiges
- ☐ keine Antwort

26 Sonstiges:

27 Arbeiten Sie nach evidenzbasierten Leitlinien?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ keine Antwort

28 Das Angebot/die Leistung erfolgt nach evidenzbasierter/n Leitlinie/n:

(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Evidenzbasierte Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas (S3-Leitlinie)
- ☐ Leitlinien für Diagnostik, Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes und Jugendalter (S2-Leitlinie)
- ☐ Evidenzbasierte Leitlinie Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (S3-Leitlinie)
- ☐ S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas
- ☐ Kurzform S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas
- ☐ Obesity Facts: Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines
- ☐ Obesity Facts: Interdisciplinary European Guidelines on Surgery of Severe Obesity
- ☐ Fettkonsum und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten
- ☐ Sonstige:

29 Sonstige:

30 Wird eine Evaluierung des Angebots/der Leistung durchgeführt?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ keine Antwort

31 Wenn ja, wie?

Fragen zu Teilnehmer/-innen

32 Welche Altersgruppen* werden von Ihnen betreut? (*Einteilung gemäß österreichischem Ernährungsbericht)

(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ 0 - 9 Jahre
- ☐ 10 - 14 Jahre
- ☐ 15 - 17 Jahre
- ☐ 18 - 25 Jahre
- ☐ 26 - 50 Jahre
- ☐ 51 - 65 Jahre
- ☐ > 65 Jahre

33 Wie hoch ist der prozentuelle Anteil an Mädchen bzw. Frauen, die Ihre Leistung in Anspruch nehmen?

- ☐ 0 - 25%
- ☐ 26 - 50%
- ☐ 51 - 75%
- ☐ 76 - 100%
- ☐ keine Antwort

34 Werden in Ihrer Einrichtung auch Teilnehmer/-innen mit Migrationshintergrund* betreut? (*beide Elternteile sind im Ausland geboren)

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ keine Antwort

35 Wie hoch würden Sie diesen Anteil bezogen auf die Gesamtteilnehmerzahl schätzen (in %)?

36 Werden in Ihrem Angebot/Ihrer Leistung kulturelle Unterschiede der Teilnehmer/-innen berücksichtigt? (im Hinblick auf kulturelle und religiöse Essgewohnheiten)

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ keine Antwort

37 Gibt es Einschlusskriterien für das Angebot/die Leistung?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ keine Antwort

38 Welche Einschlusskriterien gelten für Ihr Angebot/Ihre Leistung?

(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ BMI 90. – 97. Perzentile
- ☐ BMI > 97. Perzentile
- ☐ BMI > 99,5. Perzentile
- ☐ BMI > 25,0 kg/m²
- ☐ BMI > 25,0 kg/m² und metabolisches Syndrom
- ☐ BMI 30,0 – 39,9 kg/m² (Adipositas Grad I und II)
- ☐ BMI > 40,0 kg/m² (Adipositas Grad III)
- ☐ erhöhter Taillenumfang: Männer ≥ 94 cm; Frauen ≥ 80 cm
- ☐ deutlich erhöhter Taillenumfang: Männer ≥ 102 cm; Frauen ≥ 88 cm
- ☐ ärztliche Eingangsuntersuchung (zum Ausschluss von Grunderkrankungen)
- ☐ Bereitschaft/Motivation
- ☐ Sonstige

39 Sonstige:

40 Wird das soziale Umfeld (z.B. die Familie) in das Angebot/die Leistung mit einbezogen?
(z.B.: in Form von Kochkursen, Ernährungslehre, Einkaufsliste, Einkaufscheck)

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ keine Antwort

Fragen zu Eingangsuntersuchungen/Verlaufskontrolle/Dokumentation

41 Werden eine oder mehrere der folgenden Untersuchungen im Rahmen Ihres Angebots/Ihrer Leistung durchgeführt?

(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Nein, es werden keine derartigen Untersuchungen durchgeführt
- ☐ Körpergröße
- ☐ Gewicht
- ☐ BMI
- ☐ Taillenumfang
- ☐ Nüchternblutzucker
- ☐ Gesamtcholesterin
- ☐ HDL
- ☐ LDL
- ☐ Triglyceride
- ☐ Harnsäure
- ☐ TSH
- ☐ Leberparameter
- ☐ BIA Messung
- ☐ Blutdruckmessung
- ☐ Oberbauchsonographie
- ☐ Ernährungserhebungsmethoden (FFQ, 24h Recall, Wiege- Schätzprotokoll)
- ☐ Protokoll zur körperlichen Aktivität
- ☐ Ergospirometrie
- ☐ Fragebogen zur Lebensqualität, Selbstwert, Sucht ect.
- ☐ Sonstiges

42 Sonstiges:

43 Wann werden diese Untersuchungen durchgeführt?

(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ vor Therapiebeginn
- ☐ während der Therapie
- ☐ am Ende der Therapie
- ☐ auch noch in der Nachbetreuung

44 Werden diese Daten dokumentiert?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ keine Antwort

Fragen zum Leistungsangebot bezüglich Ernährungstherapie

45 Bieten Sie in Ihrer Einrichtung Ernährungstherapie an?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ keine Antwort

46 Welche der folgenden Ernährungsformen bezüglich Energiedichte finden in Ihrer Einrichtung Anwendung?*Interdisciplinary European Guidelines on Surgery of Severe Obesity, Obesity Facts 2008

(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ VLCD* = Very low caloric diet (< 800 kcal/Tag)
- ☐ LCD* = Low caloric diet (800 – 1200 kcal/Tag)
- ☐ HBD* = Hypocaloric balanced diet (> 1200 kcal/Tag)
- ☐ Sonstige

47 Sonstige:

48 Welche der folgenden Ernährungsformen bezüglich Makronährstoffe finden in Ihrer Einrichtung Anwendung?

(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Reduzierte Mischkost
- ☐ Reduktion des Fettverzehrs
- ☐ Reduktion des Kohlenhydratverzehrs
- ☐ Sonstige

49 Sonstige:

50 Gibt es ein spezifisches Ernährungsprogramm (z.B. Atkins, Metabolic Balance)

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ keine Antwort

51 Wenn ja, welches?

52 Werden in Ihrem Ernährungsangebot Formuladiäten angeboten?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ keine Antwort

53 Wenn ja, in welcher Form?

(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Ersatz von 3 Hauptmahlzeiten
- ☐ Ersatz von 2 Hauptmahlzeiten
- ☐ Ersatz von 1 Hauptmahlzeit

54 Werden Nahrungsergänzungsmittel empfohlen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ keine Antwort

55 Wenn ja, welche:

56 Welche ernährungsbezogenen Informationen erhalten die Teilnehmer/-innen?

(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Theoretisch in Form von Ernährungslehre
- ☐ Praktisch in Form von Kochkursen, Kochwerkstatt, Einkaufschecks,...

57 Wie häufig findet die Ernährungstherapie statt?

- ☐ weniger als 1x pro Woche
- ☐ 1x pro Woche
- ☐ 2-3x pro Woche
- ☐ 4x pro Woche oder öfter
- ☐ keine Antwort

58 Durchschnittliche Dauer einer Therapieeinheit (in Minuten):

Fragen zum Leistungsangebot bezüglich Bewegungstherapie

59 Bieten Sie in Ihrer Einrichtung Bewegungstherapie an?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ keine Antwort

60 Welche Inhalte bieten Sie in Ihrem Bewegungsangebot an?

(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Information über mehr Alltagsaktivität
- ☐ Ausdauertraining
- ☐ Krafttraining
- ☐ Koordinationstraining
- ☐ Entspannungstechniken
- ☐ Sonstiges

61 Sonstige:

62 Welche Professionen führen die Bewegungstherapie durch?

(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Physiotherapeuten
- ☐ Sportwissenschaftler
- ☐ Diplomierte Sportlehrer
- ☐ Staatlich geprüfte Trainer
- ☐ Sonstige

63 Sonstige:

64 Wie häufig findet die Bewegungstherapie statt?

- ☐ weniger als 1x pro Woche
- ☐ 1x pro Woche
- ☐ 2-3x pro Woche
- ☐ 4x pro Woche oder öfter
- ☐ keine Antwort

65 Wie lange dauert eine durchschnittliche Einheit bei der Bewegungstherapie? (Angabe in Minuten)

66 Über welchen Zeitraum wird die Bewegungstherapie angeboten?

- ☐ Bis zu 1 Monat
- ☐ 2-12 Monate
- ☐ 13 Monate oder länger
- ☐ keine Antwort

Fragen zum Leistungsangebot bezüglich Verhaltenstherapie

67 Bieten Sie in Ihrer Einrichtung Verhaltenstherapie an?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ keine Antwort

68 Welche der folgenden psychologischen bzw. psychotherapeutischen Verfahren werden eingesetzt?

(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Tiefenpsychologie
- ☐ Humanistische Ansätze (z.B. Gestalttherapie, personenzentrierte Th.)
- ☐ Systemische Ansätze
- ☐ Stressmanagement
- ☐ Hypnotherapie
- ☐ Sonstige

69 Sonstige:

70 Wie häufig findet die Therapie statt?

- ☐ weniger als 1x pro Woche
- ☐ 1x pro Woche
- ☐ 2-3x pro Woche
- ☐ 4x pro Woche oder öfter
- ☐ keine Antwort

71 Durchschnittliche Dauer einer Therapieeinheit (in Minuten):

Chirurgische Methoden

72 Bieten Sie in Ihrer Einrichtung chirurgische Methoden an?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ keine Antwort

73 Welche der folgenden bariatrischen Methoden* werden in Ihrer Einrichtung angewandt?
(*S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas)

(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Magenballon
- ☐ Magenband
- ☐ Sleeve-Gastrektomie
- ☐ Magenbypass
- ☐ BPD
- ☐ BPD-DS
- ☐ Sonstige

74 Sonstige:

Medikamentöse Therapie und alternative Behandlungsmethoden

75 Werden von Ihnen/Ihrer Institution Medikamente zur Behandlung von Übergewicht (z.B. Orlistat) eingesetzt oder verschrieben?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ keine Antwort

76 Wenn ja, welche:

77 Bieten Sie in Ihrer Einrichtung alternativmedizinische Therapien (z.B. Homöopathie, Bachblüten) oder traditionelle medizinische Heilmethoden (z.B.TCM, Ayurveda) an?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ keine Antwort

78 Wenn ja, welche:

Allgemeine Fragen zum Leistungsangebot

79 Sind Ihre Therapieziele auf das Körpergewicht ausgerichtet?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ keine Antwort

80 Wie sind Ihre Therapieziele in Bezug auf das Körpergewicht angelegt?

(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ individuell bestimmter Gewichtsverlust
- ☐ 5-10% Gewichtsverlust vom Ausgangsgewicht
- ☐ 11-20% Gewichtsverlust vom Ausgangsgewicht
- ☐ > 20% Gewichtsverlust vom Ausgangsgewicht
- ☐ Gewichtsstabilisierung

81 Gibt es noch weitere bzw. andere Therapieziele?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ keine Antwort

82 Welche?

83 Gibt es eine Nachbetreuung nach Abschluss Ihres Angebots/Ihrer Leistung?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ keine Antwort

84 Falls eine Nachbetreuung geboten wird, wie ist diese strukturiert?

(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ vorgegebener Zeitraum
- ☐ je nach Bedarf des Klienten/Kunden/Patienten
- ☐ im Bereich Bewegung
- ☐ im Bereich Verhalten
- ☐ im Bereich Ernährung
- ☐ beratende Funktion
- ☐ Sonstige

85 Sonstige:

86 Wie hoch würden Sie die Abbrecherquote angeben (in %)?

87 Bieten Sie neben einem Therapieangebot auch ein Präventionsangebot für Übergewicht und Adipositas an?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ keine Antwort

88 In welcher Form?

89 Arbeiten Sie bereits in einem lokalen Netzwerk mit KollegInnen zusammen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ keine Antwort

90 Können Sie Ansprechpartner (Homepages, Mail-Adressen) nennen, um diese Befragung weiter verbreiten zu können?

91 Die Studienergebnisse werden in Form einer Broschüre auf www.sipcan.at zum kostenlosen Download zur Verfügung gestellt.

Mit Ihrer Teilnahme stimmen Sie außerdem zu, dass Ihre Institution auf der Website des Adipositas-Netzwerk der Österreichischen Adipositas Gesellschaft (www.adipositasnetzwerk.at) als Therapie anbietende Institution gelistet wird. Diese Listung ist kostenlos und kann jederzeit widerrufen werden.

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in die Broschüre und die Datenbank des Adipositas-Netzwerk Österreich kostenlos aufgenommen werden und Therapiesuchenden auf diese Weise öffentlich und kostenlos zur Verfügung stehen.
- ☐ Ich bin NICHT damit einverstanden, dass meine Daten in die Broschüre und die Datenbank des Adipositas-Netzwerk Österreich kostenlos aufgenommen werden und Therapiesuchenden auf diese Weise öffentlich und kostenlos zur Verfügung stehen.